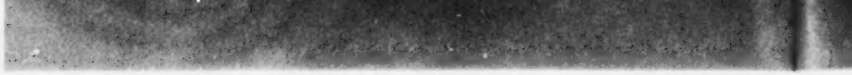
Le sigle représente les composantes du Conseil régional et donne l'image des interrelations entre ces composantes en conformité avec ses objectifs et ses fonctions.

La décentralisation des pouvoirs en faveur du Conseil régional et du réseau respecte la participation et l'autonomie de la gestion locale. La concertation, la coordination et la complémentarité sous-tendent cette orientation.

Le sigle du Conseil régional regroupe trois éléments distincts mais inextricablement liés : le C.S.S.S.R.M.M., les établissements et les organismes ainsi que la population. Le point représente le Conseil régional, pivot de la stabilité et de l'équilibre de l'ensemble; il indique en outre le rôle décisionnel du Conseil. Le carré brun représente les établissements et les organismes du réseau. Les carrés gris représentent les usagers, les groupes de citoyens et le grand public.



Coordination
Louise Caron-Gareau
Production
Louise Gagné
Direction de l'information et des relations avec la population

Rédaction
Chantal Benhamron

Design
David Silvian

Photographie
Roger Dufresne

Conception et réalisation
Corégraph communications inc.

Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain

Dépôt légal, 2e trimestre 1991
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

Disponible aux services documentaires du C.S.S.S.R.M.M. (286-5604)

ISBN : 2-921254-08-5

Table des matières

Message du président	4
Membres du conseil d'administration en 1990-1991	5
Message du directeur général	6
Le profil de santé des Montréalais, une meilleure connaissance, une meilleure adéquation entre les ressources et les besoins	8
L'organigramme du Conseil régional	11
La connaissance de la population : des études, des analyses, des données, pour une meilleure planification des services	12
Les besoins de la population : des clientèles prioritaires et une programmation de services	18
• Aux clientèles ambulatoires, des services personnalisés de première ligne	19
• La clientèle de courte durée, une multiclientèle et de multiples services	21
• Des services sociaux multiclientèles accessibles à tous	23
• La santé mentale, une priorité pour chaque individu	25
• Les personnes handicapées et déficientes	27
• Les personnes aux prises avec des problèmes d'adaptation sociale	29
• Les adultes et les personnes âgées en perte d'autonomie	32
• Projets intersectoriels	34
L'usager des services : un citoyen ayant des besoins spécifiques, des exigences, des droits, un citoyen à informer, à impliquer, et qui participe	36
Les relations avec le réseau d'établissements : une mise en commun des approvisionnements et des services et une gestion d'immobilisations et d'équipements	44
Des fonds à administrer, des services à subventionner dans un esprit de respect et de contrôle des fonds publics, un support à l'interne	50
Le développement des ressources humaines au Conseil régional et dans le réseau des établissements et des organismes communautaires	54
Les abréviations	57
Les publications du Conseil régional en 1990-1991	58

Message du président

Monsieur Marc-Yvan Côté
Ministre de la santé et des services sociaux

Monsieur le Ministre,

Je suis heureux de vous présenter, au nom du conseil d'administration du Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain, le bilan des activités de l'année 1990-91.

Il nous apparaît d'autant plus important, dans une période de transition et un climat d'attente, de vous faire connaître, par le biais de ce rapport, les priorités et les réalisations régionales ainsi que certaines limites auxquelles nous sommes constamment confrontés. Nous tentons toujours de répondre le plus adéquatement possible aux nombreux besoins de notre population, de l'informer, de la consulter et de la faire participer au processus décisionnel dans le contexte structurel actuel.

Nous sommes convaincus que la réforme permettra une plus grande participation de la population à l'identification des besoins régionaux de santé et de services sociaux, à la priorisation de clientèles cibles, à une meilleure équité dans les réponses à ces besoins grâce à une décentralisation régionale du processus décisionnel. De plus, cette réforme nous permettra de poursuivre ces objectifs en coordination, en concertation et en complémentarité avec nos différents partenaires.

Nous demeurons toujours préoccupés par la diversité et par l'ampleur des problèmes sociaux et de santé vécus par la clientèle montréalaise. Nous nous ferons un devoir de vous communiquer les attentes régionales en souhaitant que nous puissions, tous ensemble, relever le défi des années à venir.

Yves Mongeau
Président

92-03142/

Membres du conseil d'administration en 1990-91

PAR COLLÈGE ÉLECTORAL

Maires des municipalités
M. André Huneault*
Mme Yolande Massé

Groupes socioéconomiques
Mme Lyse Bazinet
M. Gaston Dugas*
M. Roger Larose
Mme Berthe Michaud

Directeurs généraux des établissements
M. Léonard Vincent

Centres hospitaliers
M. Pierre Marsan
Dr Nicolas Steinmetz

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
Dr Marc-A. Bois*

C.L.S.C.
Mme Lise Langevin

Centres de services sociaux
M. Luc M. Malo
M. Léon Ouaknine

Centres d'accueil
Mme Rolande Laurin-Dorval

Universités
Dr Louis Conrad Pelletier

CEGEP
M. Yves Mongeau, président*

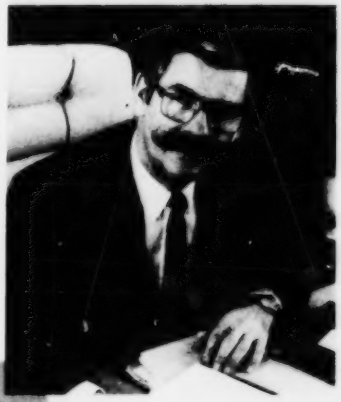
Organismes bénévoles
M. Raphaël Assor, vice-président*

Directeur général du C.S.S.S.R.M.M.
M. Gérard Marcoux, secrétaire

** Membres du comité administratif*

Le conseil d'administration du Conseil régional. De gauche à droite (assis) : Raphaël Assor, Yves Mongeau, Gérard Marcoux; (debout) : Marc-A. Bois, Léon Ouaknine, Yolande Massé, Rolande Laurin-Dorval, Luc Malo, Berthe Michaud, Nicolas Steinmetz, Lise Langevin, André Huneault, Lise Bazinet et Roger Larose. N'apparaissent pas sur la photo : Louis Conrad Pelletier, Pierre Marsan, Léonard Vincent et Gaston Dugas.

Message du directeur général



Avant de prendre connaissance des activités de l'année 1990-91, il importe de revoir l'essentiel des orientations et des objectifs approuvés par le conseil d'administration du C.S.S.S.R.M.M. en début d'année.

Principalement préoccupé par le bénéficiaire, le Conseil régional s'engage dans la réforme avec l'intention ferme de préserver, dans ses relations internes et externes, les valeurs qu'il préconise : le respect et la confiance. Ses activités continueront d'être centrées sur la personne et sur les résultats.

En planifiant et en organisant les services régionaux, particulièrement ceux qui s'adressent aux clientèles les plus démunies, le Conseil régional mettra l'accent sur l'élimination de la violence sous toutes ses formes, de concert avec le ministère, les établissements, les organismes et les représentants d'autres milieux. Avec ses partenaires, dans un effort collectif au service des clientèles, le Conseil régional contribuera à bien établir et à faire respecter les trois niveaux d'autorité, central, régional et local.

Les objectifs approuvés par le conseil d'administration se traduisaient ainsi :

- contribution continue pour alimenter la rédaction du projet de loi;
- rapprochement avec les équipes du M.S.S.S. dans la planification et la programmation des services et dans l'allocation des ressources;
- association plus serrée avec nos partenaires;
- gestion favorisant le développement des ressources humaines;
- équilibre budgétaire.

Par ses écrits et par ses interventions, le Conseil régional prônait la régionalisation comme le meilleur moyen de protéger les déterminants du système : programmes centrés sur le bénéficiaire, activités centrées sur les résultats.

Tout en situant le bénéficiaire au centre de nos préoccupations, nous avons fortement proposé un partage réel d'autorité dans un climat de confiance entre les trois paliers décisionnels. La régionalisation se situe au palier stratégique du choix des priorités d'une population donnée. Nous écrivions : « *La régionalisation, c'est elle, la dynamique nouvelle de la réforme, elle n'est pas magique mais elle a le mérite de réunir les partenaires au service du bénéficiaire* ».

Dans l'organisation et la coordination des programmes de santé et de services sociaux, chaque direction a piloté ses dossiers dans un esprit et un climat conformes à ces orientations. Concrètement, les pages qui suivent informent des résultats obtenus dans les principaux programmes pour les clientèles prioritaires. Ces résultats sont le fruit de liens de cohérence et d'entraide établis tant avec les représentants du M.S.S.S. qu'avec ceux des différents réseaux.

Nous remercions toutes les personnes collaboratrices de tous les milieux concernés par nos activités. Nous voulons aussi souligner l'engagement de notre président et des membres du conseil d'aministration ainsi que tout le personnel du Conseil régional.

En harmonie avec beaucoup d'intervenants de la santé et des services sociaux, le Conseil régional de Montréal est heureux d'avoir contribué, par ses recommandations et par ses actions, à définir l'avenir des instances régionales dans les termes actuellement prévisibles :

« *La régie régionale a principalement pour objet d'organiser, de mettre en oeuvre et d'évaluer, dans la région, les programmes de santé et de services sociaux élaborés par le ministre* ». (Projet de loi 120, article 260, 1er alinéa).

C'est à partir de ces trois grandes responsabilités que nos priorités 1991-92 seront déterminées.

Dans la recherche de résultats concrets, notre action sera basée sur des valeurs de partenariat : respect, confiance, partage. Nous avons à l'esprit trois préoccupations fondamentales : le bénéficiaire au centre du système, des services de qualité appropriés aux besoins, des ressources humaines respectées et valorisées.

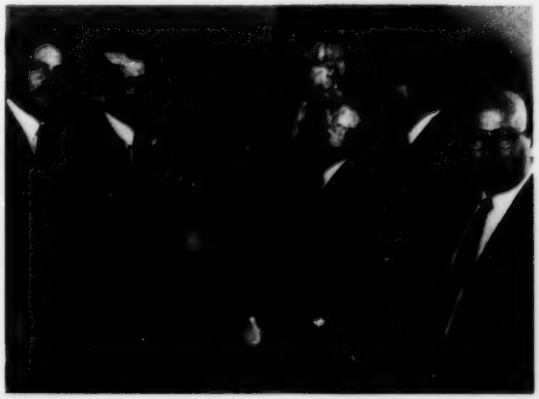
En cette période de transition, notre premier objectif est d'assurer le maintien de l'accessibilité, de la qualité et de la continuité des services actuels aux clientèles : il faudra faire preuve de vigilance dans la coordination des plans de services et des programmes existants.

En association avec les partenaires concernés, notre deuxième objectif consiste à actualiser la réforme du système de la santé et des services sociaux selon les mandats reçus.

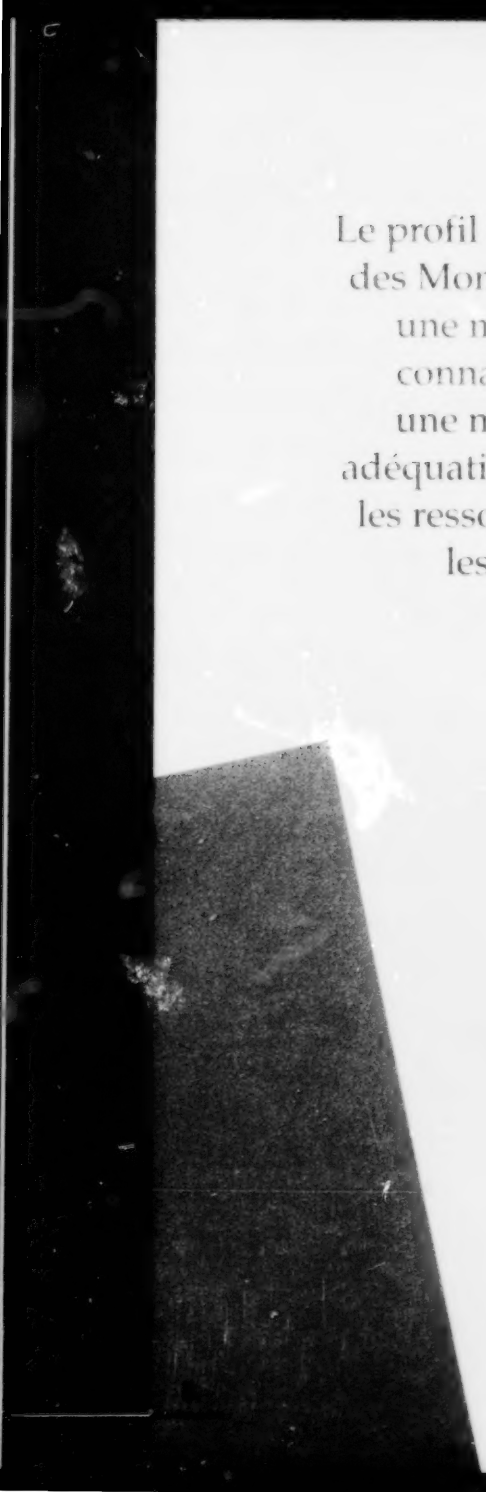
NOS PRIORITÉS POUR 1991-92

- Mise en place d'une nouvelle organisation de la régie, des établissements et des services.
- Détermination des objectifs de santé et de bien-être pour notre région.
- Détermination des priorités régionales au niveau des clientèles et des programmes.
- Développement des ressources humaines.
- Élaboration des plans régionaux d'organisation de services.
- Allocation des ressources et suivi budgétaire.
- Évaluation des programmes et des services.

Gérard Marcoux, F. Adm. A
Directeur général



L'équipe des directeurs du Conseil régional. De gauche à droite : Marcel Villeneuve, Gérard Marcoux, Louise Caron-Gareau, Luc Deslauriers, Robert S. Larivière, Gilles Forcier et Pierre Brouillard.



Le profil de santé des Montréalais, une meilleure connaissance, une meilleure adéquation entre les ressources et les besoins

Le Conseil régional, dans le cadre de son mandat de planifier, d'organiser et d'évaluer les programmes de santé et de services sociaux de la région métropolitaine, doit se préoccuper de l'état de santé et de bien-être de sa population. Certaines études, comme l'enquête Santé Québec (1987), nous permettent d'avoir une vue d'ensemble sur les problèmes de santé de cette population. Nous pouvons ainsi identifier les populations les plus vulnérables, ce qui permet une meilleure adéquation des ressources, basée sur les véritables problèmes.

La démarche entreprise par le Conseil régional, en association avec différents partenaires du réseau, sur les objectifs de santé et de bien-être pour la région de Montréal, a permis de brosser un portrait de la santé des Montréalais. Nous présentons brièvement les principaux problèmes identifiés au niveau de la région ainsi que dans notre réseau d'établissements de santé et de services sociaux.

LES PROFILS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIO-ÉCONOMIQUE DE LA RÉGION

La région montréalaise compte aujourd'hui deux millions d'habitants, soit près du tiers de la population québécoise (31 %). Sa densité de population y est quatre fois plus élevée que dans n'importe quelle autre région du Québec. L'équilibre démographique y est menacé par un vieillissement de la population (12 % de la population a 65 ans et plus en 1986) et une forte baisse de la fécondité : au cours des vingt-cinq dernières années, le taux de fécondité des Montréalais est passé de 3,2 à 1,3 enfants par femme en 1986. Ainsi, la proportion des jeunes de moins de 15 ans a chuté, atteignant 16 % de la population en 1986.

L'évolution des familles formées d'un seul parent est un phénomène grandissant. En dix ans, la proportion des familles monoparentales dans la région est passée de 18 % à 27 %, ce qui représente une famille sur quatre (dans le reste du Québec, une famille sur cinq); 80 % de ces familles sont dirigées par une femme.

On constate également un pourcentage élevé de personnes vivant seules : 29 % des ménages montréalais en 1986 étaient constitués d'une seule personne. Les personnes âgées sont les plus touchées par ce phénomène : près du tiers d'entre elles vivent seules.

La presque totalité des immigrants du Québec (87 %) vit dans la région de Montréal et y constitue 20 % de la population. Montréal est devenue une véritable mosaïque formée d'une centaine de communautés culturelles; en 1986, 26 % de la population était d'origine ethnique autre que française ou britannique et une personne sur huit était allophone.

Le revenu moyen des familles en 1986 était de 37 167 $. On compte 615 000 personnes vivant sous le seuil de la pauvreté, soit environ 24 % de la population, (une personne sur quatre). Ce taux grimperait à 35 % chez les personnes âgées et à 47 % chez les personnes seules.

Le taux de chômage, de 10 % dans la région de Montréal, affecte davantage les femmes et les jeunes de 15 à 24 ans. Dans les milieux défavorisés environ 17 % de la population active est en chômage. À Montréal, 10,1 % de la population vit de l'aide sociale et ce taux pour la ville de Montréal seulement se situe autour de 12,8 %.

L'ÉTAT DE SANTÉ

Entre 1971 et 1986, l'espérance de vie de la population montréalaise a augmenté d'environ quatre ans atteignant 72,4 ans pour les hommes et 79,5 ans pour les femmes. Ce taux cache cependant des écarts importants d'un quartier à l'autre. Le taux de mortalité infantile, l'un des plus faibles au monde, a fortement chuté passant de 20,2 à 7 par 1 000 naissances.

Parmi les principales causes de mortalité dans la région, les maladies cardiovasculaires viennent au premier rang (42 % des décès); elles sont suivies des tumeurs, maintenant responsables de plus de 28 % des décès. Les deux autres principales causes de mortalité sont les maladies associées à l'appareil respiratoire (7 %) et les accidents et traumatismes (6 %).

La région connaît un taux de prévalence de tous les types de problèmes psychologiques graves supérieur à celui du reste du Québec. Une personne sur cinq présenterait un risque élevé de détresse psychologique, une sur huit déclare avoir songé au suicide et une sur vingt aurait tenté de s'enlever la vie.

Malgré le fait que 60 % des Montréalais se disent en excellente ou en très bonne santé, une proportion à peu près semblable déclare être affectée par au moins un problème de santé. Les problèmes de santé les plus souvent signalés sont : l'arthrite et les rhumatismes, les maux de tête, les allergies cutanées et les affections de peau, les troubles mentaux, le rhume des foins, les maux de dos et les allergies. 8,6% des personnes déclarent souffrir d'incapacité à long terme et 10 % d'incapacité temporaire.

Les maladies transmises sexuellement et le sida représentent des maladies infectieuses importantes. Montréal compte 77 % des cas de sida déclarés au Québec.

LES PROBLÈMES SOCIAUX

Les problèmes sociaux, une préoccupation de plus en plus importante au sein de la société, ont des sources et des manifestations multiples et complexes. La quantification de ces problèmes sur notre territoire demeure toujours difficile car elle repose sur des données statistiques peu fiables qui ne peuvent traduire l'ampleur et les réalités de ceux-ci. Les problèmes rencontrés se regroupent en trois grandes catégories.

- **Les problèmes de violence faite à la personne**, notamment l'agression psychologique, matérielle, physique ou sexuelle. Les principales victimes sont les enfants, les femmes, les personnes âgées et les personnes handicapées. La violence et les mauvais traitements, bien que difficilement saisissables statistiquement parce que trop souvent soumis à la loi du silence, semblent s'accroître dans notre région.

- **Les problèmes de déviance et de mésadaptation sociale**, ou comportements sociaux jugés inappropriés : les problèmes de délinquance et de troubles de comportement associés à la drogue, à l'alcool et à la maladie mentale, l'itinérance, phénomène grandissant qui se répand chez les jeunes et chez les femmes. Ces problèmes, perçus à la fois comme une inadaptation ou des déficiences personnelles, découlent aussi de transformations sociales importantes (éclatement de la famille, évolution du marché du travail, accessibilité au logement, etc.).

- **Les problèmes d'intégration et d'adaptation sociale**, qui se retrouvent principalement chez les personnes ayant des difficultés de fonctionnement liées à l'absence ou à la diminution de l'autonomie fonctionnelle (individus ayant des déficiences, des incapacités et des handicaps physiques ou mentaux, personnes âgées en perte d'autonomie) ou encore chez les individus ayant des problèmes d'intégration liés à la culture ou aux valeurs (immigrants, etc.).

Certaines populations sont donc plus vulnérables que d'autres au sein même de la région de Montréal. Cette vulnérabilité présente clairement des liens directs avec la pauvreté. Elle est le fruit de problèmes sociaux et physiques mais aussi de facteurs environnementaux et de comportements sociaux sur lesquels il faudra agir si l'on veut améliorer l'état de santé de la population. Tel sera le défi du Conseil régional au cours des prochaines années.

LA RÉGION DE MONTRÉAL ET SON RÉSEAU D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Afin de pouvoir répondre adéquatement aux problèmes sociaux et physiques de la population, différentes catégories d'établissements offrent des services de santé et sociaux. Une des particularités régionales fait que certains établissements dispensent des services superspécialisés qui permettent l'accès à des méthodes diagnostiques de plus en plus précises et des traitements de plus en plus efficaces. Notons également que les établissements de la région dispensent des services à une clientèle hors-territoire assez importante, ce qui cause des inégalités dans le partage budgétaire et un déséquilibre inter-régional.

LES PRIX PERSILLIER-LACHAPELLE

Cette année, le **Foyer Dorval** s'est vu décerner le Prix des services de maintien à domicile pour souligner la qualité de son programme aux personnes atteintes de la maladie de Parkinson.

Moisson Montréal mérite le Prix de promotion de la santé et des services communautaires. Ce regroupement a créé pour les déshérités une banque alimentaire qui repose sur la récupération et la distribution de denrées à des organismes communautaires.

Le Prix des services en santé mentale, est décerné au **Projet PART de Montréal**, qui propose des activités d'apprentissage et de retour au travail aux jeunes adultes avec des problèmes de santé mentale répondant à des besoins sociaux fondamentaux.

Les établissements de santé et de services sociaux

Catégorie d'établissements	Public	Privé	Total
Centres hospitaliers			
• Courte durée	36	5	41
• Longue durée	16	18	34
• Vocation psychiatrique	4	–	4
Total	**56**	**23**	**79**
Centres d'accueil			
• Hébergement	32	47	79[1]
• Réadaptation :	37	9	46
Mésadaptés socio-affectifs	17	2	19
Handicapés physiques	3	2	5
Handicapés mentaux	13	2	15
Alcooliques et toxicomanes	3	1	4
Vocation psychiatrique	0	1	1
Mères en difficulté	1	1	2
Total	**69**	**56**	**125**
C.L.S.C. Total	**30**	–	**30[2]**
C.S.S. Total	**3**	–	**3**
TOTAL	**158**	**79**	**237**

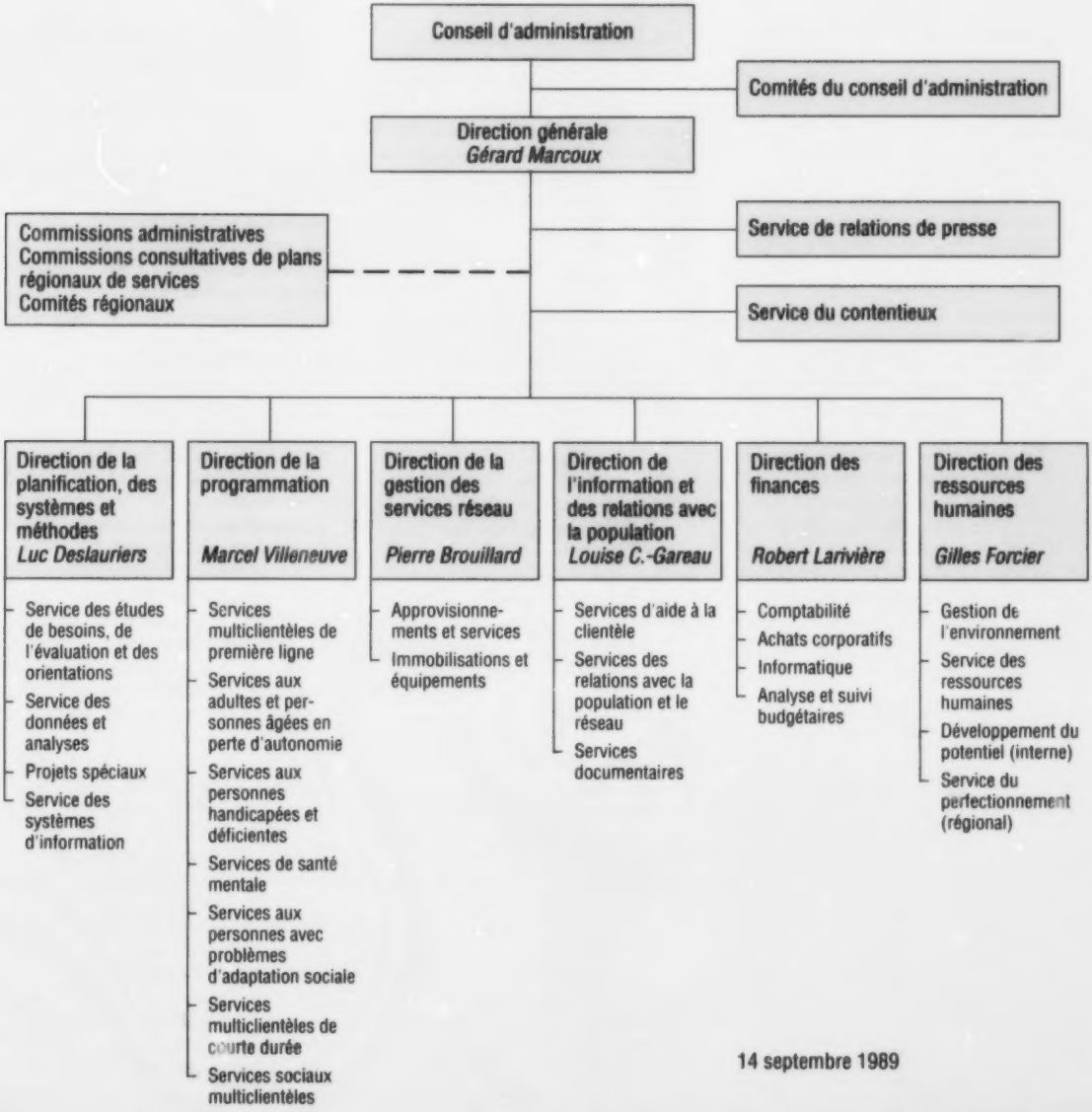
Nombre de lits ou de places	Public	Privé	Total
Lits de soins de courte durée	11 738	464	12 202
Lits de soins de longue durée	6 952	1 505	8 457
Places d'hébergement	9 710	3 587	13 297
Places de réadaptation	3 520	301	3 821
Places d'apprentissage aux habitudes de travail	1 292	20	1 312
TOTAL	**33 212**	**5 877**	**39 089**

[1] *Ne sont pas inclus à ce nombre : deux C.A.H. administrés par des C.H.S.L.D., cinq C.A.H. administrés par des C.H.S.C.D. et trois C.A.H. administrés par des C.L.S.C.*

[2] *Ne sont pas inclus à ce nombre : deux C.L.S.C. administrés par des C.A.H., un C.L.S.C. administré par un C.S.S. et un C.L.S.C. administré par un C.H.S.L.D.*

Source : Fichier des établissements, services documentaires, 16 mai 1991.

L'organigramme du Conseil régional



La connaissance de la population : des études, des analyses, des données, pour une meilleure planification des services

LES OBJECTIFS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE POUR LA POPULATION DU GRAND MONTRÉAL

En février 1991, le Conseil régional publiait « *À nous d'y voir ... Des objectifs de santé et de bien-être pour notre région* », un document qui résume les principaux problèmes de santé dans la région métropolitaine, et présente les mesures ou les actions possibles pour :

- ajouter des années à la vie;
- ajouter de la santé à la vie;
- ajouter du bien-être à la vie.

Les approches retenues reposent sur quatre grandes stratégies :

- la prévention des problèmes et la promotion de la santé et du bien-être;
- le renforcement de l'autonomie des personnes, des réseaux naturels et des communautés;
- la réduction des inégalités au sein des différentes couches de population;
- l'ajustement des programmes et des services du réseau de la santé et des services sociaux.

Ce document synthèse, fruit d'une vaste et précieuse collaboration, réunit les connaissances, les expériences et les expertises disponibles à ce jour. Perfectible, il n'en demeure pas moins un outil pertinent qui devrait susciter des actions coordonnées pour améliorer la santé et le bien-être dans notre région, en particulier pour les groupes vulnérables identifiés, à savoir :

- les jeunes de 15 à 24 ans;
- les personnes âgées;
- les communautés culturelles, les immigrants et les réfugiés;
- les personnes ayant des problèmes d'intégration sociale (toxicomanes, itinérants, etc.);
- les personnes ayant des problèmes d'adaptation sociale, les personnes handicapées physiques, intellectuelles, les personnes ayant des problèmes de santé mentale;
- les personnes ou familles vivant en milieux défavorisés.

Il reste à diffuser cet outil auprès de nos partenaires du réseau et d'autres secteurs dont les activités ont un impact sur la santé et le bien-être. Dès que la politique ministérielle sera connue, le Conseil régional procédera aux consultations appropriées pour en valider le contenu et surtout susciter des actions convergentes.

Ce travail d'envergure ne s'est pas fait sans difficulté. Le calendrier de réalisation a dû être réajusté à quelques reprises, ce qui a causé des vagues de démotivation auprès des nombreux collaborateurs engagés dans cette démarche.

Comment quantifier des objectifs de santé et de bien-être ?

Dans son document « *Orientations* », la ministre de la Santé et des Services sociaux, madame Thérèse Lavoie-Roux, proposait de fonder l'allocation des ressources sur l'impact des services sur les clientèles et les problèmes. Ce même document proposait le développement massif de systèmes d'information pour évaluer l'impact des services.

Au cours de l'opération régionale menée pour adapter ces orientations au contexte régional, l'extrême complexité de cette tâche nous est apparue dans toute son ampleur. Pour mesurer l'état de santé d'une population, nous disposons de tables de mortalité et d'enquêtes du type Santé-Québec. Pour mesurer les quantités de services reçus par une population,

particulièrement dans le domaine des soins de santé, nous disposons de divers systèmes d'information (MED-ECHO, R.A.M.Q.). Pour mesurer les impacts, il faut établir des liens de cause à effet entre ces deux ensembles de données. C'est là le véritable défi. Dans certains domaines spécifiques, les opinions des experts sur ces enchaînements de cause à effet convergent et il est possible d'obtenir des indicateurs quantitatifs qui cernent bien la situation. Par contre, dans de nombreux domaines, en particulier en santé mentale et au niveau des problèmes sociaux, il y a une méconnaissance des facteurs de prévalence de la maladie et une égale imprécision sur les mesures susceptibles de prévenir et de guérir. Dans de tels cas, il faudra ajouter à l'approche par évaluation d'impact, une approche plus traditionnelle d'ajustement de l'offre de services aux besoins de la population évalués selon des indicateurs de prévalence et d'achalandage des services.

L'élaboration de méthodologies quantitatives bien adaptées constitue le véritable défi des prochaines années tant pour les partages budgétaires interrégions que pour le financement régional des programmes et des établissements.

LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE... LA SANTÉ PUBLIQUE

La santé communautaire répond à trois mandats spécifiques touchant la population :

- informer la population de son état de santé;
- identifier les situations susceptibles de mettre en danger cette santé;
- assurer le développement d'une expertise en prévention et en promotion de la santé.

Au cours de 1990, les D.S.C. et le Conseil régional ont uni leurs efforts pour mieux circonscrire l'état des activités en santé communautaire, les forces et les faiblesses de ce réseau, et finalement dégager des perspectives d'avenir. Parmi les faiblesses, notons que l'expertise acquise dans beaucoup de domaines en santé communautaire a une portée limitée en raison de l'absence de coordination régionale.

Un des principaux résultats de cette opération se retrouve dans le projet de loi 120 : la création d'une Direction de la santé publique au sein des régies régionales. Après analyse, il est clair qu'il était nécessaire de mettre sur pied une structure régionale ayant l'autorité quant à la définition des priorités régionales, la détermination des programmes, l'allocation des budgets, le besoin d'intervenir en situation de crise et la gestion d'activités régionales. Nous en sommes également arrivés à reconnaître la nécessité de structures sous-régionales, sans toutefois être en mesure d'en proposer le nombre et les mandats. Ce travail reste à réaliser et sera sans doute l'un des premiers mandats découlant de la réforme.

L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES À LA POPULATION D'EXPRESSION ANGLAISE

C'est en 1990 qu'a véritablement commencé l'implantation des plans d'accessibilité aux services en langue anglaise. Notre plan d'action, qui a servi de complément aux plans d'accès, consistait à informer la communauté des démarches entreprises lors de l'implantation du processus et de l'état des projets.

Nous nous efforçons de favoriser les échanges d'informations entre la communauté d'expression anglaise et le Conseil régional. Notre mandat consiste à informer la communauté des services disponibles en anglais sur le territoire. Des réunions publiques ont été tenues avec plus de cent représentants d'organismes communautaires et des rencontres ont eu lieu avec des membres de plus de soixante-quinze établissements. Dans le cadre d'une campagne d'information, un dépliant fournissant la liste des établissements qui dispensent des services en anglais dans la région de Montréal métropolitain a été distribué.

Durant cette première année, l'accent a été mis sur une meilleure accessibilité à l'information en anglais dans le réseau. Une entente a été conclue avec la Fédération des C.L.S.C. pour créer un centre de documentation dont l'objectif est d'aider les établissements à mieux servir leur clientèle d'expression anglaise et d'améliorer l'accès à l'information. De plus, des fonds ont été fournis pour permettre la traduction de documents tels que les questionnaires d'évaluation des services, les documents de santé communautaire, les formulaires pour obtenir des subventions pour des organismes communautaires, etc.

Deux projets provenant d'organismes communautaires à clientèle anglophone ont été subventionnés : le premier concerne un guide pour des services de tous genres disponibles en anglais dans la région de Montréal; le second est une recherche sur les tendances d'usage des services de santé et sociaux par les personnes âgées d'expression anglaise de l'est de l'île de Montréal. Ces deux projets devraient conduire à améliorer l'accessibilité aux services en anglais.

Notre approche avec les C.L.S.C. constitue l'un des nombreux défis de

cette année. Les trente-quatre C.L.S.C. du territoire sont la porte d'entrée du système et ils représentent pour nous une cible importante dans le cadre des plans d'accessibilité aux services en langue anglaise.

De nombreuses tâches restent à accomplir dans divers C.L.S.C. : instaurer un programme de cours prénatals, mettre en place un cours de perfectionnement en anglais pour le personnel, terminer une campagne d'information publique visant à faire connaître à la population anglophone les services disponibles dans leur quartier. Il reste également à appliquer les recommandations du comité aviseur sur les priorités du programme, entre autres :

- ajuster les plans d'accessibilité suite à la réforme;
- établir un processus d'évaluation;
- augmenter l'impact du centre documentaire dans le réseau;
- réviser certains aspects pratiques des plans d'accessibilité.

Finalement, il faudra élargir le rôle du comité aviseur et y adjoindre de nouveaux membres pour assurer une meilleure représentativité de la communauté et du réseau.

DES ÉTUDES DE BESOINS, DE L'ÉVALUATION ET DES ORIENTATIONS POUR MIEUX CERNER LA SPÉCIFICITÉ RÉGIONALE

Des subventions totalisant 319 215 $ ont été accordées cette année pour la réalisation de cinq projets, notamment, une étude sur l'isolement social, la pauvreté et la violence faite aux enfants, un projet de prévention des grossesses à l'adolescence ainsi qu'un outil d'évaluation des besoins de soins pour les personnes souffrant de maladie mentale sévère.

Le manque d'information et de coordination entre les divers programmes de subventions pose certains problèmes de fonctionnement : exigences différentes ou semblables; mêmes activités ou services subventionnés par deux programmes; mauvaise connaissance des orientations régionales et des services mis en place concernant certaines clientèles.

Nous avons donc offert aux intervenants et aux chercheurs de la région une session d'aide à la formulation de projet de recherche et une session de formation pratique à la préparation d'un protocole de recherche. Ce support méthodologique s'est réalisé grâce à nos partenaires du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (G.R.I.S.) et du Conseil régional de la Montérégie. Nous avons également participé à l'élaboration du guide méthodologique « *Savoir préparer une recherche* », publié par le M.S.S.S. et le G.R.I.S., dont 250 exemplaires ont été distribués dans notre région.

Pour faire mieux connaître les principaux résultats des recherches, sept séminaires ont été offerts à plus de cent cinquante intervenants et chercheurs. Le service a contribué au développement du premier colloque provincial « *La recherche au service de l'action* ». Le projet « *De la visite : expérimentation et évaluation d'une intervention novatrice en prévention de l'enfance maltraitée* », réalisé par des chercheurs des D.S.C. Verdun, Lakeshore et Sacré-Coeur, a été présenté à cette occasion.

De nombreux efforts ont été déployés pour renforcer les liens avec nos partenaires. Plus de cinquante chercheurs et intervenants ont été associés à la réalisation de nos activités d'évaluation de projets, de support méthodologique et de diffusion. Le partenariat est avant tout une forme d'alliance ou d'association autour d'un objectif précis et mesurable. Cette alliance nécessite parfois certains investissements de notre part. Nous avons déjà expérimenté trois formules de partenariat.

- **Le partenariat sur une base volontaire** : l'adhésion des membres au comité se fait sur une base volontaire et sans passer par une structure formelle. L'évaluation du projet achevée, le comité est dissout.

- **Le partenariat balisé par une réglementation** : les chercheurs sont invités à nous faire part des résultats des travaux de recherche que nous avons subventionnés. L'établissement promoteur en acceptant la subvention a des obligations envers le Conseil régional stipulées dans un contrat entre les deux parties. La participation et la contribution des chercheurs nous sont assurées à l'avance et sans aucune difficulté.

- **Le partenariat nécessitant des investissements financiers** : le manque de ressources financières a

empêché parfois la réalisation de certains projets. Même si nous sommes en mesure de développer des liens solides et forts avec nos partenaires, une recherche d'une durée d'une ou deux années ne peut être réalisée sans financement. Le partenariat ne devra pas être associé à « gratuité ».

DES SYSTÈMES D'INFORMATION, UN APPUI À LA GESTION ET À LA RECHERCHE, EN COORDINATION AVEC LE M.S.S.S.

Au cours de l'année, le comité régional de gestion de l'information et de ses technologies (COGIT) a été appelé à redéfinir les relations établissements-fournisseurs, surtout à cause de la dichotomie qui existe entre l'acquisition de logiciels et l'acquisition d'équipements, ainsi que les contrats de service correspondant à ces deux composantes. Les recommandations présentées au Conseil régional découlent de la volonté des établissements de payer le juste prix pour les logiciels, les équipements et les contrats de service.

Quatre-vingt-huit projets ont été présentés et recommandés par le COGIT. Les investissements impliqués totalisent 6 864 039 $ pour les équipements et 3 166 950 $ pour les logiciels.

Les autorisations par catégories d'établissements

Sur le plan du développement de systèmes d'information à caractère sectoriel, le service s'est vu confier la gestion du projet système d'information pour les urgences (SIURGE) dont l'objectif est de trouver le système qui répondrait le mieux aux besoins des hôpitaux, des C.R.S.S.S. et du M.S.S.S. en matière d'informations pour leur gestion réciproque. À l'heure actuelle, un prototype a été élaboré et devrait être validé sous peu dans deux hôpitaux.

Un projet de système d'information pour le maintien à domicile en C.L.S.C. (SIMAD) a été mis sur pied dans notre région. L'étude de faisabilité est en cours et devrait se terminer à la fin du mois d'avril. Il reste à en faire un projet M.S.S.S.-C.R.S.S.S. afin d'obtenir le financement nécessaire à sa poursuite.

À l'interne, un secteur spécifique pour l'acquisition d'équipements, de logiciels et de fournitures reliés à la bureautique a été mis sur pied. Le cadre de gestion et le plan d'action ont été précisés au cours de l'année. Les travaux relatifs aux appels d'offres sont terminés, notamment en ce qui concerne les équipements. Quant à l'acquisition de logiciels, la planification est également terminée et les négociations sont en cours. Notre principale difficulté a été de trouver le financement nécessaire au démarrage de l'opération.

Le service a également réalisé la mise à jour du « *Guide d'acquisition bureautique* ».

Autorisations de 88 projets

	Équipements	Logiciels	Total
C.S.S.	757 396 $	249 614 $	1 007 010 $
C.A.H.	601 501$	174 195 $	775 696 $
C.A.R.	721 035 $	229 709 $	950 744 $
C.L.S.C.	825 946 $	106 173 $	932 119 $
C.H.	3 958 161 $	2 407 259 $	6 365 420 $
TOTAL	**5 864 039 $**	**3 166 950 $**	**10 030 989 $**

Le manque de ressources financières demeure notre principale difficulté. Parce que nous ne disposons pas de ressources financières pour le démarrage, bien des activités à caractère rentable pour les établissements et qui finiraient par s'autofinancer, sont tout simplement abandonnées.

L'informatique, un service essentiel à l'interne et à l'externe

DES DONNÉES ET ANALYSES ESSENTIELLES À UNE PLANIFICATION DES SERVICES

Le service des données et analyses oeuvre de façon quotidienne à l'organisation, au traitement et à l'analyse des données démographiques et sociosanitaires de Montréal afin que la programmation et la planification des services de santé et sociaux puissent être entreprises. Outre cette activité de base, les mandats spéciaux de recherche et d'analyse suivants nous ont été confiés au cours de l'année :

- l'étude sur le choix d'un nouveau site pour l'Hôtel-Dieu de Montréal;
- une étude-terrain des besoins de services à domicile pour la clientèle post-hospitalière;
- une participation active à l'opération « *Des objectifs de santé et de bien-être* ».

LA MESURE « EXPÉRIENCE DE TRAVAIL » (EXTRA)

Depuis l'adoption de la Loi sur la sécurité du revenu en 1989, la Mesure EXTRA constitue un outil privilégié d'intégration des prestataires d'aide financière au marché du travail. Soulignons que la région de Montréal métropolitain compte environ 36 % des prestataires d'aide financière de la province. Les projets de la Mesure EXTRA permettent en outre d'accroître les services à la population et d'aider des clientèles précises (ex-psychiatrisés, personnes atteintes de divers handicaps, etc.) à acquérir de l'expérience de travail.

L'admissibilité au programme des prestataires âgés de 18 à 55 ans a considérablement modifié le profil des personnes susceptibles de participer aux projets mis en place: durée plus longue de l'aide financière, qualifications professionnelles très faibles, expérience de travail limitée ou inexistante, difficultés personnelles, etc. La Mesure EXTRA apparaît donc de plus en plus comme étant une première étape dans le développement de la possibilité d'emploi de ces personnes.

Vers la fin de 1990, une campagne de promotion a été entreprise dans la région en particulier dans les municipalités de Verdun, Lasalle, Lachine, Montréal-Nord et Laval. Notre objectif est d'offrir un plus grand nombre de stages dans le réseau de la santé et des services sociaux pour répondre à la demande croissante de participation des prestataires. Il faut dire que la participation à une mesure de développement de l'emploi fait augmenter les prestations d'aide sociale. Les résultats obtenus sont moins spectaculaires que prévu, car peu de projets nous sont soumis. Nous relançons régulièrement les groupes qui ont manifesté un intérêt à présenter des projets.

Cette année, les 216 projets qui se sont déroulés dans des organismes sans but lucratif et dans des établissements du réseau ont permis d'offrir 1 104 stages d'apprentissage au travail auxquels ont participé 1 671 prestataires. Les budgets consacrés au déroulement de ces projets se sont élevés à 1 108 000 $. Plusieurs projets ont été mis sur pied pour offrir des stages d'intégration au travail aux personnes itinérantes. Un accroissement marqué des stages a également été noté dans les organismes qui distribuent des paniers de provisions ou qui offrent des repas gratuits ou à prix réduit aux personnes à faible revenu.

Mesure « Expérience de travail »

Secteurs d'activités	# projets	# stages
Organismes sans but lucratif		
Centres pour alcooliques et toxicomanes	3	20
Garderies	15	47
Maisons de jeunes	3	11
Centres et maisons pour femmes en difficulté	13	49
Centres pour personnes itinérantes	7	33
Centres – santé mentale	22	161
Centres pour personnes handicapées	18	82
Centres pour personnes âgées	26	171
Communautés culturelles	10	71
Banques alimentaires-repas	9	102
Groupes d'entraide	11	50
Centres pour jeunes	11	63
Divers organismes	30	101
Total	**178**	**961**
Établissements		
C.A.H.	14	46
C.A.R.	7	17
C.H.S.C.D.	8	40
C.H.S.L.D.	3	17
C.L.S.C.	4	18
C.S.S.S.R.M.M.	2	5
Total	**38**	**143**
TOTAL - organismes et établissements	**216**	**1 104**

Les comités de la direction

Comité régional en santé communautaire

Comité régional de gestion de l'information et de ses technologies

Comité aviseur – loi 142

Les besoins de la population : des clientèles cibles prioritaires et une programmation de services

Dans le cadre des orientations et des priorités du Conseil régional, la Direction de la programmation a mis l'accent sur l'organisation des services généraux, spécialisés et ultraspécialisés et a favorisé le développement de programmes intégrés de services spécifiques et adaptés pour les clientèles cibles prioritaires identifiées, notamment :

- les personnes âgées;
- les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale (notamment les 15 à 24 ans);
- les jeunes en difficulté;
- les personnes handicapées physiques;
- les personnes handicapées intellectuelles;
- les alcooliques et autres toxicomanes;
- les personnes aux prises avec des problèmes de violence;
- les personnes atteintes de sida.

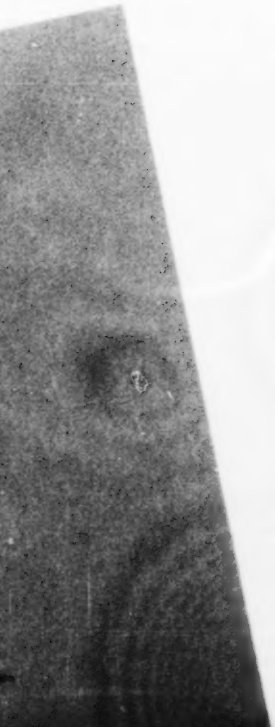
Les activités sont regroupées autour de huit secteurs qui programment :

- les services multiclientèles de première ligne;
- les services multiclientèles de courte durée;
- les services sociaux multiclientèles;
- les services de santé mentale;
- les services aux personnes handicapées et déficientes;
- les services aux personnes avec problèmes d'adaptation sociale;
- les services aux adultes et personnes âgées en perte d'autonomie;
- les projets intersectoriels et support administratif des fiducies.

Le Conseil régional, assisté de ses commissions administratives, planifie le développement de plans régionaux de services indiquant le type, la quantité et la localisation des services requis pour répondre aux besoins essentiels de ces clientèles cibles prioritaires. La contribution des établissements du réseau, des organismes d'action volontaire et des partenaires associés y sera définie. Ces plans seront à la base de l'organisation des services dans la région de Montréal et auront comme préoccupation centrale, rappelons-le, la personne en besoin de services. L'ensemble de la population de Montréal doit avoir accès facilement aux services de santé ou psychosociaux, que ce soit dans les centres hospitaliers, les C.L.S.C. ou encore les centres de services sociaux. Le C.S.S.S.R.M.M. a également le mandat d'établir la programmation de ces services pour les rendre plus accessibles.

Les principaux problèmes rencontrés sont :

- la croissance et la diversité des besoins de la population en fonction des ressources limitées offertes par le réseau de la santé et des services sociaux;
- l'accessibilité aux services pour certaines clientèles cibles (localisation géographique, encombrement et disponibilité de certaines ressources);
- La continuité et la complémentarité des services offerts par les divers établissements du réseau;
- La concrétisation interétablissement.



Aux clientèles ambulatoires, des services personnalisés de première ligne

Notre principale préoccupation touche l'ensemble des clientèles ambulatoires requérant des services adéquats, dispensés dans leur milieu de vie et s'inscrivant dans une approche personnalisée globale et communautaire. Les ressources du réseau affectées à ce secteur proviennent des trente-quatre C.L.S.C. et des cent organismes communautaires en maintien à domicile de la région. Les travaux menés durant l'année mettent en relief les problématiques des six grandes catégories de clientèles.

LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

Les personnes de tout âge en perte d'autonomie sont notamment les personnes âgées et les personnes handicapées (physiquement, intellectuellement, psychiquement).

Le programme des services à domicile

Des 50 millions de dollars alloués à la région pour les services à domicile, le Conseil régional gère en fiducies 19,7 millions. L'année fut marquée par une révision complète et systématique des modes de gestion et de suivi des programmes SIMAD, C-24/7, hôpitaux prioritaires et POSILTPH. Des normes allégées et adaptées à l'évolution de ces fiducies, aux mandats des C.L.S.C. et au rôle du Conseil régional ont été développées.

Au coeur des préoccupations des fiducies, les bénéficiaires :

Programmes	Bénéficiaires	Budgets
Programme d'organisation de services intensifs et à long terme pour pesonnes handicapées (POSILTPH)	625	4 700 000 $
SIDA	192	300 000 $
Services intensifs de maintien à domicile (SIMAD)	3 535	14 437 965 $
Équipement	308	226 271 $

Le programme de soutien aux organismes communautaires

Le budget régional destiné à subventionner des organismes communautaires dont les activités et les services contribuent à maintenir dans leur milieu naturel de vie des personnes en perte d'autonomie, s'élevait à 2,4 millions en 1990. Cent organismes communautaires, regroupant essentiellement des bénévoles, ont bénéficié de ces subventions.

Au-delà de l'exercice annuel d'allocation de ressources aux organismes communautaires, notre préoccupation majeure a été d'élaborer un programme cadre des services alimentaires bénévoles. Après une année de travail intensif et une large consultation du milieu communautaire, un comité aviseur a dégagé les orientations qui serviront de base pour le soutien des organismes oeuvrant dans ce domaine.

LES CLIENTÈLES DÉFAVORISÉES

Dans le cadre des objectifs de santé et de bien-être et pour réduire les inégalités en matière de santé entre les plus démunis et les mieux nantis, une démarche a été entreprise, devant conduire à l'élargissement des approches et des services adaptés aux clientèles de milieux défavorisés en C.L.S.C.. Il est ici question de réduire la distance culturelle entre intervenants et usagers de milieux défavorisés, d'intervenir sur les impacts de la pauvreté et de s'inscrire dans les activités intersectorielles seules garantes d'agir sur les causes de celle-ci. Nous avons adopté pour ce faire, un cadre de référence qui fait le point sur les pratiques et les connaissances en matière d'intervention en milieu communautaire.

L'ENFANCE, LA FAMILLE ET LA JEUNESSE

Dans le cadre de la programmation des services à l'enfance-famille et à la jeunesse, deux dossiers majeurs ont été menés.

- L'expérimentation d'un protocole de collaboration impliquant les D.P.J. et quatre C.L.S.C.. Une fois validé, ce protocole sera appliqué à l'ensemble des C.L.S.C. de la région.

- Le transfert des auxiliaires familiales en provenance des C.S.S. vers les C.L.S.C. sera finalisé cette année; au 1er juin 1991, les C.L.S.C. assureront le suivi des familles à risque de négligence référées par les C.S.S. ou dépistées dans les milieux de vie.

LA CLIENTÈLE ATTEINTE DE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Suite aux travaux menés pour établir un « Réseau intégré de services pour personnes ayant une déficience intellectuelle », nous avons élaboré un cadre de référence des services adaptés à cette clientèle visant à implanter, dans les C.L.S.C., les services relevant de leurs responsabilités.

LES COMMUNAUTÉS CULTURELLES

Nous avons approuvé les plans d'accessibilité des services aux communautés culturelles présentés par trente-et-un établissements du réseau de la santé (C.L.S.C., C.H., C.A.). Des travaux préparatoires à l'établissement d'une banque d'interprètes et au plan d'accès à l'égalité en emploi pour les personnes issues des communautés culturelles nous assureront des réalisations d'envergure en 1991-92. Enfin, le perfectionnement linguistique en français offert aux employés du réseau issus de communautés culturelles diversifiées a remporté un vif succès : il n'a cependant pu répondre qu'à 60 % des demandes, soit 350 personnes.

LES C.L.S.C., UN RÉSEAU À CONSOLIDER

Au cours de notre mandat, nous nous heurtons en permanence au problème du sous-développement du réseau des C.L.S.C.. En effet, l'inégalité de développement des services de première ligne en C.L.S.C. rend difficile l'accès à certains services dans le milieu de vie des clientèles et limite la coordination entre les ressources. Rappelons que près de la moitié des C.L.S.C. (quatorze) ont été implantés au cours des années d'expansion dans la pénurie. On estime actuellement que le réseau des C.L.S.C. fonctionne avec à peine 50 % des ressources requises pour mener à bien sa mission. La consolidation des services médicaux et psychosociaux courants, des services à domicile, des services à l'enfance-famille, à la jeunesse en difficulté et en santé mentale adulte est donc une préoccupation constante du secteur multiclientèle de première ligne.

La clientèle de courte durée, une multiclientèle et de multiples services

L'année 1990-91 a été axée autour de la planification et de l'organisation des services aux différentes clientèles. Les dossiers suivants ont été complétés :

- une étude sur le développement des ressources alternatives à l'hospitalisation;
- une proposition de solutions au problème de l'obstétrique à Montréal et Laval;
- un état de situation sur les services gériatriques hospitaliers.
- une recommandation en vue de la désignation de centres de traumatologie de niveau 1.

LE PROGRAMME PRIMA

PRIMA, le programme régional d'incitatifs au maintien de l'accessibilité des lits est la nouvelle formule du programme de « lits d'été », destiné à garder ouverts le plus de lits possibles durant la saison estivale. Depuis quelques années, on observait une certaine stabilité des fermetures de lits au cours de l'été et une augmentation de fermetures à d'autres périodes de l'année. Il nous est donc apparu opportun d'envisager une refonte du programme davantage axée sur des incitatifs au maintien de l'accessibilité aux lits à longueur d'année.

Le PRIMA dispose, cette année, d'une enveloppe budgétaire de 9 millions de dollars. Dix-huit centres hospitaliers de courte durée ont posé leur candidature et travaillent activement à faire de ce programme un succès.

LES EFFECTIFS MÉDICAUX

La gestion des plans d'effectifs médicaux et dentaires demeure une priorité pour notre région. Cette opération vise à assurer à la population de chaque région une part équitable de services médicaux, et à privilégier l'installation des médecins requis pour offrir ces services dans les régions. La deuxième année de l'entente, allant du 1er juillet 1989 au 30 juin 1990, s'est soldée par un ajout brut de 90 nouveaux spécialistes pour la région de Montréal sur une possibilité de 100. Pour l'année en cours, allant du 1er avril 1990 au 31 mars 1991, l'entente prévoit l'addition de 75 nouveaux spécialistes répartis entre les réseaux des centres hospitaliers affiliés aux universités de Montréal et McGill et le réseau des centres hospitaliers non affiliés. L'objectif de décroissance jusqu'en 1993 est de 243 spécialistes pour la région de Montréal et Laval. Notons que les régions de la Montérégie, des Laurentides et de Lanaudière ont pour leur part l'objectif de croissance le plus important de la province.

LES URGENCES

Le fonctionnement des salles d'urgence de la région a été évalué par le Groupe tactique d'interventions (G.T.I.) auquel s'est jointe l'équipe du C.S.S.S.R.M.M. Du 27 avril 1990 au 14 février 1991, vingt-cinq centres hospitaliers ont été visités.

Les principales constatations du G.T.I. concernent :

- la gestion du service d'urgence et son utilisation;
- la répartition des lits dans l'hôpital;
- la priorité des admissions en rapport avec les demandes en provenance de l'urgence;
- l'organisation des services pour les personnes âgées en perte d'autonomie dans les centres hospitaliers et leur articulation avec les ressources de la communauté;
- la gestion des ressources pour la clientèle nécessitant des services de santé mentale dans les centres hospitaliers;
- la disponibilité des ressources alternatives dans la communauté.

LES COMITÉS PROVINCIAUX DE SOINS TERTIAIRES : LA NÉONATOLOGIE, LES TRANSPLANTATIONS D'ORGANES ET LA CANCÉROLOGIE

Nous avons participé cette année aux travaux de plusieurs comités provinciaux sur l'organisation des services tertiaires, notamment la néonatologie, la transplantation d'organes et la cancérologie. L'expertise de la région de Montréal, mise à contribution au sein des comités provinciaux, se reflète dans les activités de ses centres hospitaliers : 65 % des jours d'hospitalisation en soins spécialisés aux nouveau-nés sont concentrés dans les six unités de soins montréalaises sur les douze unités néonatales de la province; plus de 80 % des transplantations d'organes sont effectuées à Montréal; les centres de radiothérapie de la métropole desservent chaque année environ 75 % de tous les nouveaux cas provenant de l'extérieur de la région, soit 3 000 personnes.

L'objectif principal des comités provinciaux est de faire le point sur l'organisation actuelle des services, d'identifier les lacunes et de proposer un plan d'organisation de ces services pour la province. Ce plan devra préciser les choix stratégiques à faire, compte tenu des besoins de la

population, des ressources disponibles, de l'accessibilité géographique aux services et de notre capacité de payer. Les rapports de ces comités seront déposés au cours de l'année 1991.

ALLOCATION DES RESSOURCES

Un des problèmes majeurs auxquels nous faisons face réside dans l'allocation des ressources. Dans plusieurs dossiers, nous constatons une tendance de plus en plus marquée à favoriser le financement sur la base du lieu de résidence du bénéficiaire. Comme les centres hospitaliers de Montréal continuent de servir pour une large part les bénéficiaires des régions limitrophes, particulièrement pour les services tertiaires, notre région pourrait se retrouver rapidement défavorisée. Nos préoccupations en cette matière nous ont conduits à accorder priorité à l'allocation des ressources.

Pour la prochaine année, de nouveaux mandats retiennent déjà notre attention : la désignation des centres de traumatologie de niveau III pour la région, la relance de toutes nos activités axées sur les services aux personnes âgées, l'implantation de la réforme et son impact sur nos façons de faire.

Des services sociaux multiclientèles accessibles à tous

En 1989, le mandat de deux ans confié aux Services sociaux multiclientèles portait principalement sur les deux priorités suivantes :

- l'examen de l'organisation et le financement des services sociaux dans la région;
- les familles d'accueil et les autres ressources intermédiaires.

Les plans d'action de 1989-90 et de 1990-91, élaborés sur la base de ces priorités, précisaient nos objectifs spécifiques.

LES OBJECTIFS ET LES RÉSULTATS

Maintenir la liaison avec les trois C.S.S. de la région

Nous avons animé et coordonné les activités de la table régionale C.S.S./C.S.S.S.R.M.M., réunissant les trois directeurs généraux des C.S.S. et leurs adjoints, ainsi que divers petits comités de travail impliquant des interlocuteurs désignés par les trois C.S.S. sur différents dossiers régionaux :

- le comité sur le cadre d'inventaire des clientèles, problématiques et services pour les trois C.S.S.;
- le comité des directeurs « ressources » à la clientèle.

Des contacts étroits ont également été maintenus avec les agents de liaison et de programmation du M.S.S.S., responsables respectivement des liens et des programmes avec les C.S.S.

Nous avons participé à plusieurs comités provinciaux dont les principaux ont été : le comité sur les frontières entre services réguliers et services spéciaux en famille d'accueil et la table de concertation consultative sur la gestion du dossier « familles d'accueil ».

Finaliser le portrait régional de l'organisation et du financement des services sociaux des C.S.S. dans la région

En collaboration avec les trois C.S.S., cinq documents de référence ont été produits et diffusés :

- trois recueils de fiches synthèses qualitatives et descriptives sur les « clientèles, problématiques et services » pour les trois C.S.S. de la région : Volet I – Enfance; Volet II – Adultes; Volet III – Personnes âgées;
- un document illustrant les structures opérationnelles des trois C.S.S. intitulé « *Organigrammes* »;
- un document d'informations quantitatives sur les « *Ressources financières, humaines et clientèles rejointes* » réalisé à partir des données opérationnelles et des rapports financiers annuels des trois C.S.S., en 1989-90.

Tous les travaux entrepris à ce chapitre n'auront pas été réalisés sans soulever un certain nombre de difficultés et de limites, notamment une abondance d'informations diverses à traiter et à intégrer sur plusieurs fronts, ainsi qu'une non uniformité des systèmes d'information des trois C.S.S. qui rendait ardue la tâche de mettre en relation directe des données qualitatives (clientèles, problématiques et services) et quantitatives (ressources humaines et financières, achalandage, etc).

Coordonner l'implication du C.S.S.S.R.M.M. dans le dossier des familles d'accueil et autres ressources intermédiaires

En collaboration avec le M.S.S.S. et les C.S.S., nous avons fait le suivi de l'implantation et du fonctionnement des nouvelles règles qui régissent le programme des familles d'accueil (nouveau contrat, budgets et places autorisées, informations aux autres réseaux, etc.).

Nous assumons graduellement les nouvelles responsabilités que le M.S.S.S. a confiées au C.S.S.S.R.M.M. concernant la gestion régionale du programme familles d'accueil, notamment :

- le traitement des situations hors-normes : depuis juillet 1990, le C.S.S.S.R.M.M. analyse les situations d'exception présentées par les C.S.S., s'assure que toutes les alternatives ont été explorées et autorise, s'il y a lieu, le versement d'un supplément pour des services spéciaux ou de réadaptation en familles d'accueil;
- la détermination du nombre de places requises en familles d'accueil (enfants, adultes et personnes âgées) et leur répartition entre les diverses catégories (régulières, spéciales, de réadaptation, de dépannage); le C.S.S.S.R.M.M. a déjà commencé à se doter d'outils à cet effet, en collaboration avec les trois C.S.S. de la région.

Le document de référence « *l'Admission des adultes ou des personnes âgées en familles d'accueil accréditées par les C.S.S. de la région de Montréal métropolitain* » dégage les critères communs de prise en charge utilisés par les trois C.S.S. pour l'admission de bénéficiaires adultes ou de personnes âgées dans les familles

d'accueil qu'ils ont accréditées. On y décrit les soins et les services auxquels on peut s'attendre selon le type de famille d'accueil. On y identifie finalement les clientèles les plus susceptibles d'être dirigées vers une ressource famille d'accueil.

Un état de situation sur « *Les ressources intermédiaires financées en tout ou en partie par les centres de services sociaux de la région de Montréal métropolitain* » a également été réalisé et diffusé. On y retrouve une typologie de ressources intermédiaires existantes, le type de services rendus, le type de clientèle desservie et enfin, le financement assuré pour quelque 1 600 places.

Des difficultés importantes sont liées au dossier des familles d'accueil et autres ressources intermédiaires. Jusqu'à ces deux dernières années, le C.S.S.S.R.M.M. était pratiquement absent de ce dossier complexe et en évolution. Il a donc fallu intégrer une multitude d'informations nouvelles tout en tentant d'asseoir la crédibilité du C.S.S.S.R.M.M. en la matière, dans une période de changement particulièrement difficile concernant le programme dans les C.S.S. : situations budgétaires déficitaires, prolongation sur une partie de l'année 90-91 du moratoire sur les développements de places et contrôle serré sur les primes à verser, implantation de nouvelles règles, notamment le nouveau contrat C.S.S. et familles d'accueil, le maintien de primes uniques en services spéciaux et de réadaptation, le contrôle des hors-normes.

Contribuer au traitement et à l'avancement de certains dossiers régionaux où les C.S.S. sont concernés

Le transfert des auxiliaires familiales des C.S.S. vers les C.L.S.C. a été complété : décision de transfert, protocole de transfert, affectation des postes transférés.

Dans le sillage du projet de réforme des services de santé et des services sociaux, divers travaux d'analyse préliminaire et de réflexions exploratoires touchant la sous-régionalisation et l'organisation des services sociaux ont été entrepris.

Participer, comme membre actif, au comité régional de coordination sur les objectifs de santé et de bien-être

Nous avons participé aux travaux du comité de coordination jusqu'à la production du document « *À nous d'y voir... des objectifs de santé et de bien-être pour notre région* ». Nous avons également contribué en collaboration avec le C.S.S.M.M. à l'objectif visant la réduction de l'incidence de la négligence et des mauvais traitements à l'égard des enfants. Nous avons réalisé la partie du document traitant des moyens d'action, le C.S.S.M.M. ayant réalisé la partie touchant la description de la problématique. Suite aux commentaires reçus au cours des consultations sous-régionales, nous avons complété et raffiné le document.

La santé mentale, une priorité pour chaque individu

Cette année, l'élaboration du Plan régional d'organisation des services (PROS) de santé mentale, après quatorze mois de travaux intensifs en concertation avec l'ensemble des secteurs du C.S.S.S.R.M.M. concernés par cette clientèle, est enfin terminée. Avant d'être approuvé par le Conseil d'administration, en juin 1990, le PROS a été soumis à une importante consultation. Environ cent organismes ont déposé un mémoire à ce sujet tandis qu'une soixantaine d'organismes ont présenté de vive voix leurs positions lors de séances de consultation.

En juillet 1990, le PROS a été déposé au M.S.S.S. pour approbation. Plusieurs échanges ont eu lieu depuis avec les agents du ministère afin de compléter leur information. Malgré le délai de réponse, des travaux visant l'implantation du PROS ont été entrepris. Une attention particulière a été accordée à la mise en place de tables sous-régionales de concertation prévues dans le plan. Un cadre de référence pour la nomination des membres des tables sous-régionales a été élaboré. De plus, l'équipe de coordonnateurs sous-régionaux a été réorganisée pour faire face aux contraintes budgétaires et se préparer à l'implantation du PROS.

Le PROS de santé mentale a permis d'identifier deux difficultés majeures concernant la dispensation de services dans la région.

- **Le déséquilibre dans la disponibilité des ressources entre les différents types de services :** les services de réadaptation et de réintégration sociale sont malheureusement insuffisants pour répondre aux besoins des personnes atteintes de maladie mentale et qui ne requièrent pas de traitement spécialisé en institution.

- **Le manque de concertation entre les acteurs en santé mentale :** le fonctionnement cloisonné des structures peut avoir un impact négatif sur l'accessibilité et la continuité des services.

Les différentes actions menées dans le domaine de la santé mentale jusqu'à présent ont abordé ces questions de manière directe ou indirecte.

LA RÉADAPTATION ET LA RÉINTÉGRATION SOCIALE

La coordination des ressources alternatives en santé mentale implique le suivi des programmes et le suivi budgétaire d'environ quatre-vingts organismes sans but lucratif que nous subventionnons pour un montant total de 5 263 495 $. Ces organismes dispensent des services de réadaptation et de réinsertion sociale aux adultes souffrant de maladie mentale.

Depuis 1984-85, un établissement par sous-région agissait comme fiduciaire des budgets qu'il recevait du M.S.S.S. et qu'il attribuait selon les consignes du Conseil régional. Dans certains cas, les budgets étaient versés directement par le Conseil régional aux organismes. Ce système nous paraissant inutilement complexe, nous avons convenu avec le ministère d'éliminer les fiduciaires sous-régionaux. Le Conseil régional agit donc comme seul responsable de ces budgets. Cette façon de procéder nous semble d'autant plus légitime qu'elle prépare la décentralisation budgétaire de l'ensemble des fonds vers les conseils régionaux.

De plus, ces services sont encadrés de manière sous-régionale par des comités aviseurs composés de représentants des organisations du milieu. Ces comités aviseurs sont appuyés par des coordonnateurs sous-régionaux qui, en prévision de l'implantation du PROS, ont été placés, en septembre 1990, sous la responsabilité directe du Conseil régional.

D'autre part, nous avons reçu, en décembre 1990, le mandat de faire des recommandations au ministre sur la répartition du « coût de système paramétrique des C.H. à vocation psychiatrique ». Selon les consignes reçues, ce montant de 636 000 $ devait servir exclusivement à des services de réadaptation et de réinsertion sociale. Après consultation des C.H.V.P. et des comités aviseurs sous-régionaux en santé mentale (ressources alternatives), il a été recommandé de donner priorité aux services aux clientèles les plus lourdement atteintes et qui peuvent bénéficier d'un service dans la communauté. Une attention particulière a été accordée à deux problématiques graves de notre région: l'engorgement des lits de courte durée par des personnes devant être dans la communauté et la désinstitutionnalisation. Nous avons aussi pris en considération le déséquilibre actuel de la répartition des services de réadaptation et de réinsertion sociale entre les sous-régions. Nos recommandations ont été approuvées par le ministère et sont actuellement en implantation.

Enfin, la coordination des services de réadaptation et de réinsertion sociale s'est attardée au transfert des pavillons du centre d'accueil Pierre-Joseph Triest. La mission de ce centre d'accueil devant progressivement passer des services à une clientèle psychiatrique à des services à une clientèle âgée en perte d'autonomie fonctionnelle, il a donc fallu trouver d'autres établissements pour transférer les trois cent neuf places de ses quatorze pavillons. En collaboration avec le centre d'accueil, les propriétaires de pavillons, le C.S.S.M.M. et les départements de psychiatrie, trois établissements « pavillonneurs » ont été identifiés : l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'hôpital Saint-Luc et la Cité de la Santé de Laval. Notre approche se veut autant que possible sous-régionale; cependant, pour assurer une utilisation optimale des places disponibles, notre système d'admission est régional et a été mis sous la responsabilité du C.S.S.M.M.

LE TRAITEMENT SPÉCIALISÉ

Étant donné que les lits de longue durée de l'hôpital Louis-H. Lafontaine sont limités à la sous-région est de Montréal, aucune ressource de ce type n'existe pour les autres sous-régions. Afin de combler cette lacune, un projet pilote de traitement spécialisé a été développé dans la communauté avec la collaboration des hôpitaux Saint-Luc, Fleury et Sacré-Coeur. Un accord de principe a été donné par le M.S.S.S. pour le développement de cette petite ressource de vingt lits, dite « *Quarterway House* ». Une partie du financement a été transférée de l'hôpital Louis-H. Lafontaine.

Nous avons continué d'apporter une aide aux départements de psychiatrie en difficulté dans leur salle d'urgence, principalement l'hôpital Saint-Luc et le C.H. Fleury. L'un et l'autre ont fait l'objet d'interventions à court terme en période de crise : corridors de transfert avec d'autres centres hospitaliers, meilleure utilisation des ressources existantes, etc. La définition d'un plan d'action à plus long terme a été entreprise avec chaque établissement.

LES ENFANTS ET LES JEUNES

En continuité avec le PROS de santé mentale, nous avons initié une révision des responsabilités hospitalières en matière de pédopsychiatrie. Les secteurs géographiques, les clientèles à desservir, les types de services, sont autant de paramètres que nous essayons de définir pour chaque hôpital, de manière à assurer une accessibilité optimale aux services de pédopsychiatrie dans la région.

LA PSYCHIATRIE-JUSTICE

Les personnes aux prises avec la double problématique psychiatrie / justice sont tiraillées entre les réseaux de la santé et de la justice sans jamais se trouver sous la responsabilité exclusive de l'une ou l'autre de ces structures. Afin de mieux répondre aux besoins de cette clientèle, nous favorisons le maintien d'une collaboration étroite entre les deux réseaux et avons organisé des rencontres d'information afin de les sensibiliser sur leur responsabilités respectives.

À la demande du Conseil régional, la table de concertation psychiatrie-justice a examiné une liste de besoins exprimés par les centres de détention/ prévention et par les intervenants en probation. Certaines solutions pouvant être apportées par le réseau de la santé et des services sociaux ont été identifiées. Cette démarche a aussi permis une meilleure compréhension de la situation et des contraintes de chacun.

Par ailleurs, un mécanisme expérimental de coordination des admissions dans les ressources communautaires a été mis en place afin d'améliorer l'efficacité du placement de personnes ayant un problème de santé mentale et requérant l'intervention du réseau de la sécurité publique.

Les personnes handicapées et déficientes

Les actions menées cette année visaient essentiellement à consolider l'approche clientèle cible. La personne handicapée, peu importe la nature de ses déficiences, était au coeur de nos préoccupations comme l'illustrent les divers dossiers traités au cours de l'année.

Une entente entre le M.S.S.S. et le ministère de l'Éducation du Québec, concernant les services destinés aux jeunes d'âge scolaire handicapés ou en difficulté d'adaptation a été conclue. Le secteur a participé à l'amorce de son implantation et a complété le recensement des élèves handicapés touchés par l'entente.

Le secteur a collaboré à l'identification des problématiques reliées à la réalisation de l'étude « *Des objectifs de santé et de bien-être* », particulièrement au niveau des deux objectifs suivants :

- réduire de 10 % la prévalence des maux de dos d'ici l'an 2000;
- favoriser l'autonomie des personnes présentant une déficience physique, psychique ou intellectuelle.

Nous avons participé à l'élaboration des critères permettant de répartir des budgets de développement de façon prioritaire. Des propositions d'allocation de ces ressources ont été développées pour les services aux personnes présentant une déficience physique et aux personnes présentant une déficience intellectuelle.

Au cours de l'année, nous avons assuré une liaison auprès des vingt-deux centres de réadaptation pour personnes handicapées présentant des déficiences physiques ou intellectuelles. De plus, nous avons assuré une liaison auprès des quarante-trois groupes de promotion représentant les intérêts des personnes handicapées.

Les difficultés d'accès aux services pour les personnes handicapées et leurs familles ont particulièrement retenu notre attention. Soixante-quinze situations litigieuses nous ont été rapportées. La majorité des problèmes soulevés réside dans la difficulté d'accès aux services pour les personnes handicapées présentant plus d'une déficience.

Par ailleurs, l'étude sur l'accessibilité des services de réadaptation aux personnes handicapées physiques a été complétée. Des rapports individuels ont été déposés auprès de vingt établissements qui ont participé à l'étude. Le rapport global ainsi que les rapports individuels ont été déposés et entérinés par le M.S.S.S.

Enfin, un état de situation sur l'accessibilité des services aux personnes ayant une déficience intellectuelle et leurs familles a été déposé aux partenaires concernés pour consultation.

À l'aube de la réforme sur les services de santé et les services sociaux, l'incertitude a exacerbé les tensions entre les établissements, ce qui a compromis la concertation inter-établissements. Les problèmes relatifs à l'accès aux services ont également contribué à augmenter la tension au sein des divers réseaux de services.

LES PROGRAMMES SPÉCIFIQUES

Suite à l'adoption de la politique de soutien aux familles, des démarches dans des domaines spécifiques ont été entreprises.

- **Le programme de répit dépannage :**
  1 050 dossiers de familles de personnes présentant une déficience intellectuelle ont été traités. Des subventions totalisant 865 476 $ nous ont permis de défrayer une partie des coûts inhérents aux services de répit. De plus, le secteur a appuyé des démarches afin de voir à l'implantation de tels services.

- **Le programme de transport hébergement :**
  355 personnes ont déposé un dossier pour bénéficier de subventions permettant de défrayer les coûts de transport reliés aux traitements ou aux programmes de réadaptation. Ces subventions totalisaient 301 392 $ cette année.

- **Le programme de soutien aux familles :**
  le secteur a collaboré avec le M.S.S.S. et l'Office des personnes handicapées du Québec (O.P.H.Q.) afin de préparer le transfert du programme de soutien aux familles, actuellement géré par l'O.P.H.Q. À partir du 1er avril prochain, le Conseil régional assumera la gestion de ce programme qui devrait rejoindre quelque 540 familles.

- **L'harmonisation des programmes :**
  les trois programmes sus-mentionnés étant issus de cadres de références différents, nous avons

initié un processus d'harmonisation entre eux, afin d'en faciliter l'accès.

L'élimination des barrières de communication

Afin de faciliter la communication auprès des personnes présentant des déficiences auditives, un dépliant intitulé « *Guide d'aide à l'intention des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux* » a été diffusé. Grâce à la collaboration de l'O.P.H.Q., nous avons entrepris l'élaboration d'un programme cadre sur l'utilisation des interprètes visuels.

La réintégration sociale

Trente-cinq personnes ayant une déficience intellectuelle ont quitté l'hôpital Louis-H. Lafontaine au cours de l'année. Un plan triennal a été complété pour l'ensemble de ces personnes. Le Conseil régional, en collaboration avec le centre d'accueil Charleroi, gère les aspects financiers et cliniques de l'opération.

D'autre plans de réintégration sociale touchant plus de 150 personnes ont fait l'objet d'études et de recommandations auprès du M.S.S.S.

Le support aux tables de concertation

Au cours de l'année, le secteur a apporté un support aux huit tables de concertation sous-régionales en déficience intellectuelle. Ces tables regroupent plus de 160 personnes provenant de l'ensemble des établissements et des organismes de la région.

Le support au développement des services socioprofessionnels

Suite à une directive du ministère de l'Éducation du Québec, certaines commissions scolaires retireront les services éducatifs dispensés aux personnes handicapées âgées de plus de 21 ans. En collaboration avec la C.E.C.M. et le centre d'accueil À la Croisée, nous avons mis au point des activités palliatives pour les personnes touchées par ce retrait.

Le transport des personnes handicapées

Le secteur est intervenu auprès des établissements et de la S.T.C.U.M. afin de résoudre un certain nombre de problèmes de transport des personnes handicapées, plus particulièrement les personnes présentant une déficience intellectuelle. Un plan d'action pour résoudre ces problèmes a été préparé.

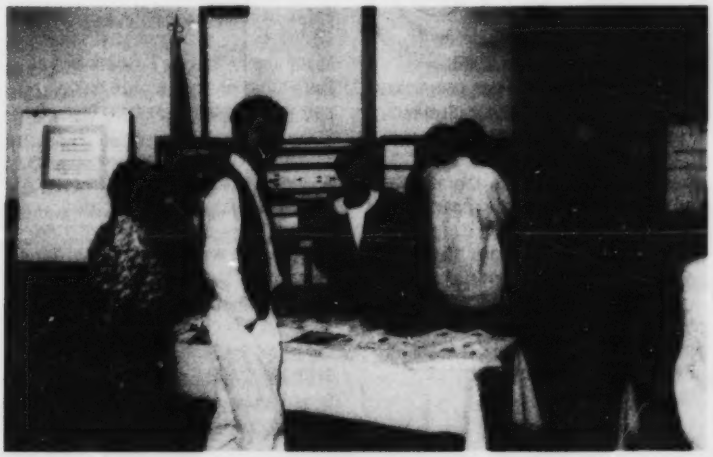
LES PLANS RÉGIONAUX D'ORGANISATION DE SERVICES

Avec la réforme « *axée sur le citoyen* » proposée par le ministre, les plans régionaux d'organisation de services (PROS) se retrouvent au premier plan des préoccupations.

Le PROS en déficience intellectuelle a été complètement révisé en cours d'année. Le réseau intégré de services, le mandat des centres de réadaptation et le découpage territorial sont terminés. Le projet de loi sur la réforme nous a obligés à reporter la consultation sur ce plan.

Divers travaux réalisés au cours des dernières années constituent une toile de fond pour l'élaboration d'un PROS pour les personnes présentant des déficiences physiques. Le cadre conceptuel est partiellement complété. Une démarche structurée à cet égard sera réalisée au cours de l'an prochain.

Lors de la Journée porte ouverte, le kiosque sur les personnes handicapées et déficientes.



Les personnes aux prises avec des problèmes d'adaptation sociale

La région de Montréal métropolitain se distingue sur le plan des inégalités sociales et économiques, de la détresse psychologique, de la pauvreté, du chômage, de l'isolement, des problèmes d'intégration sociale, de la violence, de la négligence, de l'éclatement des familles et de problèmes de nature différente tels que la non-accessibilité au logement ou son insalubrité, les problèmes raciaux, etc.

Ces problématiques ont des conséquences sévères sur le développement personnel et social, sur la qualité de la vie et sur l'intégrité de la santé physique et mentale des individus. Elles conduisent souvent à la criminalité, à l'inadaptation sociale, aux comportements antisociaux, à la détérioration de la santé physique et mentale et, par le fait même, portent atteinte au développement social et individuel dans leurs aspects économiques, psychosociaux et physiques.

Le secteur des services aux personnes avec problèmes d'adaptation sociale traite de façon spécifique les dossiers concernant les jeunes et les adultes en difficulté :

- la jeunesse en difficulté (0-25 ans);
- les personnes alcooliques et toxicomanes;
- les personnes itinérantes ou sans abri.

Le service a mené plusieurs dossiers parallèles, notamment les objectifs de santé et de bien-être, l'état de situation concernant les besoins et les services aux communautés culturelles, le volet toxicomanie dans le cadre du PROS en santé mentale.

LA JEUNESSE EN DIFFICULTÉ (0-25 ANS)

Cette année, notre objectif général résidait dans l'élaboration d'un état des besoins et des services pour les jeunes de 0-25 ans. Il s'agissait d'exposer clairement les problèmes auxquels sont confrontés les jeunes, tout en formulant des hypothèses de solutions. Ce travail représente la première étape du plan régional de services pour cette clientèle.

Évidemment, un tel objectif est intrinsèquement lié à la réforme des services de santé et des services sociaux; par conséquent les travaux devront être ajustés aux priorités et aux directives régionales.

Les mesures d'accès aux services de réadaptation

L'accès aux services de réadaptation pour les jeunes de 0-25 ans demeure toujours très fragile. Des problèmes de concertation, d'organisation et de complémentarité des ressources sont les principales lacunes identifiées.

Un plan d'accès aux services de réadaptation pour les jeunes en difficulté a été élaboré de concert avec les principaux partenaires concernés (C.S.S.-C.A.R.).

Plusieurs mesures ont été retenues et seront implantées en cours d'année :

- programme pré-hébergement;
- programme post-hébergement;
- intégration des programmes de transition et de réadaptation;
- abolition de l'évaluation psychologique comme prérequis essentiel à l'admission en réadaptation;
- révision du mécanisme de contrôle et de coordination des entrées et sorties des bénéficiaires;
- sous-régionalisation des services de réadaptation.

L'implantation de ces mesures pose un réel défi car elle suppose une réallocation de ressources à compter de septembre 1991.

L'ALCOOLISME ET LES AUTRES TOXICOMANIES

La région de Montréal est fortement touchée par cette problématique. L'urgence d'intervenir et le peu de ressources disponibles représentent pour les intervenants un défi de taille.

Le service alcoolisme et autres toxicomanies a travaillé entre autres sur certains des dossiers prioritaires retenus par la commission administrative, notamment :

- le programme régional en prévention primaire de l'alcoolisme et des toxicomanies et en promotion de la santé auprès des jeunes;
- le plan d'action de prévention de l'infection par le V.I.H. et du sida auprès de la population toxicomane;
- le plan d'accessibilité aux services en toxicomanie pour les personnes itinérantes;
- le suivi du plan régional de services pour les personnes judiciarisées;
- l'évaluation du programme d'intervention auprès de la personne âgée avec des problèmes de toxicomanie;
- la position régionale quant aux recommandations du rapport du groupe de travail sur la lutte contre la drogue (rapport Bertrand).

LE PLAN D'ACCÈS AUX SERVICES EN TOXICOMANIE POUR LES PERSONNES ITINÉRANTES

La clientèle des personnes itinérantes, de par ses caratéristiques et ses problèmes multiples, requiert des services et des programmes d'intervention spécifiques et adaptés à son mode de vie. Devant l'ampleur des problèmes de toxicomanie propres à cette population, un plan d'accessibilité aux services en toxicomanie est actuellement en élaboration. Selon Louise Fournier et Céline Mercier [1], la prévalence des troubles liés à la consommation d'alcool serait de 66,9 %, tandis que la prévalence des troubles liés à la consommation de drogue serait de 40 %. La prévalence d'une quelconque toxicomanie est de 74,2 %.

De telles données commandent à très court terme un plan d'accès aux services, planifié en fonction d'un modèle à plus long terme, adapté aux spécificités de cette clientèle et à l'acuité des problèmes qui lui sont propres.

LA POSITION RÉGIONALE QUANT AUX RECOMMANDATIONS DU RAPPORT BERTRAND

Un ensemble de mesures ont été annoncées dans le cadre des orientations ministérielles en matière d'usage et d'abus de psychotropes et suite aux travaux du groupe de travail sur la lutte contre la drogue. Des orientations régionales ont également été adoptées par la commission administrative en alcoolisme et autres toxicomanies.

Dans ce contexte, la commission a analysé les recommandations du rapport Bertrand et a proposé des moyens facilitant l'actualisation des mesures préconisées par le gouvernement. Ces propositions guideront l'implantation des mesures annoncées par le M.S.S.S.

LE PLAN RÉGIONAL DES SERVICES EN TOXICOMANIE POUR LES PERSONNES JUDICIARISÉES

Le plan régional adopté vise quatre objectifs majeurs : la coordination des efforts, la formation du personnel, la diversification des interventions, l'évaluation et la recherche. Une table de concertation travaille à l'implantation des mesures privilégiées. Des ententes entre les deux réseaux concernés faciliteront l'actualisation de l'ensemble du plan.

Le programme régional en prévention de l'alcoolisme et des toxicomanies et en promotion de la santé

Le programme a été implanté sur une base expérimentale auprès de la population de trois territoires de C.L.S.C. : St-Henri, St-Laurent et St-Louis du Parc. Les projets développés privilégient la concertation entre les partenaires en vue d'une action à l'échelle des localités, et mettent de l'avant les jeunes et les adultes aidants.

Enfin, plusieurs dossiers demeurent prioritaires, notamment l'état de situation concernant les jeunes de 0-25 ans et les personnes âgées, et ce en vue de documenter le volet toxicomanie dans les PROS. Ces travaux sont toutefois soumis aux échéanciers des PROS et demeurent donc en suspens.

L'ITINÉRANCE ET LES PERSONNES SANS-ABRI

Au cours de l'année, le secteur a suivi de près l'implantation du plan d'action conjoint entre la Ville de Montréal et le M.S.S.S. Ce plan a entre autres objectifs d'améliorer les services d'accueil et d'orientation des personnes sans-abri vers les ressources appropriées; de leur assurer l'accessibilité à des services de santé et sociaux. La situation demeure toujours très précaire et une attention particulière est accordée à cette problématique sociale.

Devant le nombre toujours grandissant de personnes en difficulté et sans-abri, et face au rajeunissement de la clientèle itinérante requérant des services d'aide, des plans d'action en prévention de l'itinérance ont été entrepris. Les études ayant révélé que 48 % des personnes itinérantes ont des antécédents institutionnels (soit de milieux carcéraux ou de réadaptation pour jeunes en difficulté), des comités de travail réunissant les partenaires de ces milieux ont travaillé à l'élaboration de plans d'action. Différentes pistes ont été suggérées, surtout dans le milieu d'intervention auprès des jeunes en difficulté, touchant particulièrement :

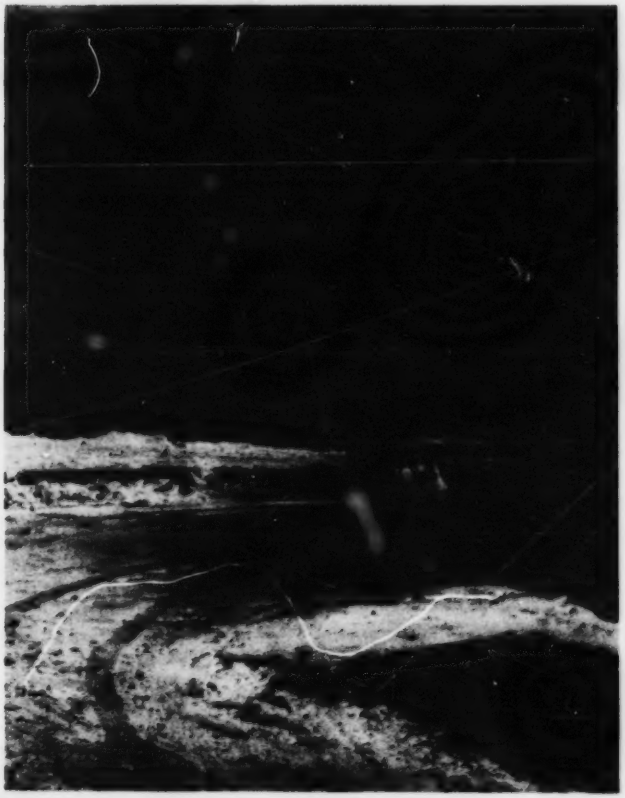
- la formation et la sensibilisation;
- l'identification précoce de la clientèle à risque;
- les programmes d'intervention, de suivi, de transition, de dépannage;
- les modifications organisationnelles du réseau institutionnel.

1. Fournier, Louise et Mercier, Céline. Étude spéciale sur Dernier Recours, *Montréal, août 1989.*

LA MENDICITÉ

Le phénomène de la mendicité à Montréal s'est accru. Les mendiants ne constituent pas un groupe homogène et présentent des profils variés (âge, présence ou non d'handicaps physique ou psychiatrique, etc.). Le phénomène de la mendicité est associé à des conduites déviantes, telles que la consommation abusive d'alcool et de drogues, la violence, l'intimidation, le vol ainsi que d'autres formes de criminalité plus lourdes. Des travaux ont été entrepris afin d'étudier ce phénomène, de mieux le cerner et de proposer des pistes nouvelles d'action.

Les interventions auprès des personnes itinérantes doivent être globales et concernent plusieurs secteurs. L'approche multisectorielle présente de grandes difficultés de concertation. Afin de garantir une certaine efficacité dans nos interventions, il faudra clairement définir un partenariat régional qui se complète et qui poursuit le même objectif. Ce sera le défi de la prochaine année.



Les adultes et les personnes âgées en perte d'autonomie

Notre approche face à cette clientèle favorise le maintien de son autonomie en mettant en place et en développant un réseau intégré de services axé sur l'accessibilité, la complémentarité, l'adaptation et la continuité des services.

Les principaux problèmes ont été la mise en place de certains services et la coordination entre les différents programmes destinés aux adultes et aux personnes âgées en perte d'autonomie. Nous assistons également à une modification de la demande de services d'hébergement avec accroissement des heures/soins et une sous-budgétisation des établissements.

Notre action vise l'accès aux services en centres de jour ainsi que le développement de services adaptés à des clientèles particulières, adultes ou issues de certaines communautés culturelles. Les personnes âgées et les intervenants doivent être informés de l'existence de ressources résidentielles ou communautaires pouvant répondre à une large gamme de besoins. L'allocation des budgets de développement du programme personnes âgées tient compte des particularités de notre région où se concentre le pourcentage le plus élevé de personnes âgées du Québec, soit 13 % (prévisions 1991).

En 1990-91, à la suite des priorités et des orientations adoptées par le Conseil régional, ce secteur s'était fixé cinq objectifs qui se sont traduits par un plan d'action et une série d'activités spécifiques touchant des clientèles et des domaines d'intervention variés.

L'ÉLABORATION D'UN PROS POUR LES PERSONNES ÂGÉES EN FONCTION DES ORIENTATIONS DU M.S.S.S.

Un état de situation des besoins et des services aux personnes âgées est la première étape de l'élaboration d'un PROS. Or, nous n'avons pas entrepris cette démarche formelle, n'ayant pas encore reçu d'orientations ministérielles en la matière. Cette année, cette démarche a été préparée et un échéancier provisoire a été fixé.

L'ÉTABLISSEMENT D'UNE PROGRAMMATION INTÉGRÉE DE SERVICES POUR FAVORISER L'AUTONOMIE

Une proposition de développement et de consolidation des centres de jour a été transmise au M.S.S.S. L'obtention d'un budget de développement a permis l'ouverture d'un nouveau centre de jour et la consolidation de deux autres, ce qui porte le nombre total de centres de jour à trente-deux.

Les efforts en vue d'assurer une accessibilité accrue aux unités spécifiques pour des personnes en plus grande perte d'autonomie se sont poursuivis, ce qui a permis de hausser les critères d'admission pour 97 lits.

Le plan d'accessibilité en ressources institutionnelles pour les personnes âgées d'expression anglaise a été mis à jour. Les conclusions indiquent une nouvelle orientation dans l'accroissement de l'offre de services vers les territoires en pénurie, en considérant les ressources institutionnelles disponibles et le pourcentage de la population d'expression anglaise; ces territoires sont principalement ceux des D.S.C. de Verdun et du Sacré-Coeur. Il apparaît nécessaire d'inviter les établissements de ces régions à faciliter l'accès à cette population.

Un bilan concernant l'accessibilité des C.A.H. et des C.H.S.L.D. aux communautés culturelles a permis d'identifier deux principales catégories de besoins à combler : la communication et le confort culturel. Des démarches pour implanter ou consolider des programmes pour des communautés dans des établissements ont été entreprises. Enfin, des sessions d'information et de formation sur le sida à l'intention des intervenants en C.A.H. et C.H.S.L.D. ont débuté à la fin de l'année.

LE DÉVELOPPEMENT DE SERVICES ET DE RESSOURCES PERMETTANT LE MAINTIEN DES PERSONNES ÂGÉES DANS LEUR MILIEU NATUREL

Dans le but de promouvoir l'autonomie des personnes et l'utilisation de services autres qu'institutionnels, une série de trente rencontres a été organisée, à l'intention de personnes retraitées ou âgées, d'étudiants ou d'intervenants. L'« *Inventaire des ressources résidentielles pour personnes âgées dans les régions de Montréal et Laval* » a été mis à jour. Un bilan des activités et une série de recommandations sur les orientations des centres d'accueil d'hébergement privés autofinancés a été transmis au M.S.S.S.

LA COORDINATION DES STRUCTURES SOUS-RÉGIONALES D'ACCÈS À L'HÉBERGEMENT ET AUX SOINS DE LONGUE DURÉE

Dans le cadre d'un processus d'adaptation aux situations nouvelles, les procédures du système d'admission régional ont été révisées en vue d'optimiser le fonctionnement des structures sous-régionales d'admission et d'assurer un meilleur accès aux ressources, particulièrement en termes de temps d'attente. Des rencontres ont été tenues avec les intervenants des systèmes d'admission, notamment des évaluateurs en centres hospitaliers. Nous avons recruté des équipes multidisciplinaires stables, pouvant traiter des dossiers de plusieurs sous-régions. C'est ainsi que nous avons mené le dossier concernant le changement de vocation du C.A. Pierre-Joseph Triest qui accueillera désormais une clientèle âgée en perte d'autonomie.

La formation continue des évaluateurs et des membres des équipes multidisciplinaires à l'utilisation de la grille C.T.M.S.P. s'est poursuivie. Le bilan sur l'expérience d'allégement et de facilitation de cette grille a été déposé. Les conclusions ne sont pas apparues assez probantes pour y apporter des changements majeurs.

Enfin, « *Info-présences* », le nouveau système d'information sur les admissions et départs en C.A.H. et C.H.S.L.D., a été implanté dans les régions de Montréal et Laval, avec la collaboration des établissements et des intervenants. Programmé entièrement par l'équipe du Service de l'informatique du Conseil régional, *Info-présences* a d'abord fait l'objet d'un projet-pilote dans le D.S.C. St-Luc. Après corrections et ajustements, nous l'avons étendu à l'ensemble du réseau métropolitain.

UNE MEILLEURE RÉPARTITION INTERRÉGIONALE ET INTRARÉGIONALE DES RESSOURCES

Le mandat d'examiner et d'améliorer les méthodologies de répartition interrégionale des budgets de développement appliquées par le M.S.S.S. nous a été confié. Une série de travaux ont été menés, entre autres sur les programmes de santé mentale et de santé physique de courte durée, en collaboration avec le ministère et la Conférence des conseils régionaux de la santé et des services sociaux du Québec.

D'autre part, nous avons appliqué au budget de développement de 4 232 550 $ pour le programme des personnes âgées en perte d'autonomie, la méthodologie de répartition intrarégionale révisée en 1989-90. Trente établissements se sont partagé des budgets récurrents variant entre 3 521 $ et 400 000 $, ce qui leur a permis d'améliorer le rapport des heures-soins disponibles par jour-présence sur les heures-soins requises par jour-présence.

Une proposition de développement de ressources institutionnelles pour 1996 a également été transmise au M.S.S.S. Le vieillissement rapide constaté dans les populations de Montréal et Laval (on prévoit une augmentation du nombre de personnes âgées de 30 % entre 1986 et 1996) fait passer la région d'une situation globale de surplus relatif (malgré la situation déficitaire de certaines sous-régions) à une pénurie d'ensemble. Nous recommandons donc que les régions de Montréal et Laval se maintiennent au niveau de ressources prévu par les normes ministérielles tout en relocalisant ou en réaménageant certaines ressources au contexte physique inadéquat.

Statistiques par sous-programme – 1990-91

Hébergement en C.A.H. ou C.H.S.L.D.

5 215 demandes d'admission en 1990-91
- 2 934 en provenance d'un C.H.S.C.D.
- 1 353 en provenance d'un domicile privé
- 928 cas de transferts ou autres

3 424 admissions en 1990-91
- 2 067 en C.A.H.
- 1 287 en C.H.S.L.D.
- 70 en pavillon

Hébergement temporaire

- 1 571 demandes d'admission en 1990-91
- 1 090 admissions en 1990-91
- 510 admissions en 1990-91 (urgences sociales)

Centres de jour

environ 4 500 bénéficiaires inscrits en 1989-90 (1)
- 1 500 hommes
- 3 000 femmes

Hôpitaux de jour

environ 29 000 visites en 1989-1990 (1)

(1) Estimation basée sur un échantillonnage de ressources

Projets intersectoriels

Le secteur des projets intersectoriels est né du besoin du Conseil régional de mener efficacement des mandats particuliers que lui confie le M.S.S.S. Ces mandats concernent plusieurs secteurs ou directions du Conseil régional tout en réclamant un type de gestion par projet. Le secteur a mené durant l'année cinq dossiers prioritaires.

SIDA – FORMATION : UNE PROBLÉMATIQUE QUI NOUS PRÉOCCUPE

La problématique des personnes porteuses du virus V.I.H. ou atteintes du sida est une préoccupation commune aux services qui oeuvrent avec nos différentes clientèles.

Un programme de formation a été offert à 250 intervenants des services à domicile appelés à servir cette clientèle. Agissant comme multiplicateurs, les personnes formées auront, d'ici un an, retransmis leurs connaissances aux 1 100 intervenants régionaux.

Les travaux de la programmation sur le dossier sida suivent leur cours dans le cadre d'une coordination intersectorielle.

C'est ainsi qu'au niveau des services aux personnes avec problèmes d'adaptation sociale, deux clientèles ont été identifiées : les toxicomanes et les sans-abri, les personnes itinérantes.

L'état de la situation actuelle révèle une progression alarmante de l'incidence du V.I.H. et du sida. La prévalence actuelle parmi les usagers réguliers de drogues injectables est évaluée à 10 %. Cet état de fait doit être associé à la transmission de l'infection aux partenaires sexuels et à la transmission verticale aux enfants nés de ces couples. Cette problématique requiert donc une attention particulière et l'implantation à court terme de mesures de prévention et de suivi.

Un état de situation a permi d'identifier les services actuellement disponibles pour les toxicomanes ainsi que les besoins jugés prioritaires en matière de programmes et de services adaptés. Au niveau des services offerts, seulement 40 % des établissements du réseau interrogés semblent offrir des services.

Le plan d'action en voie de réalisation, comporte des niveaux d'intervention adaptés aux clientèles susceptibles d'être infectées, à celles déjà infectées et à celles atteintes de la maladie (préventions primaire, secondaire et tertiaire). La planification s'échelonnera sur une période de quelques années. Dans une perspective de prévention, les clientèles plus à risque seront par conséquent ciblées, notamment les utilisateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels, les jeunes susceptibles de développer une toxicomanie ou ceux dont le mode de consommation les rend davantage vulnérables.

La clientèle et les intervenants tentent d'amorcer les démarches favorisant une meilleure accessibilité aux soins et aux services offerts par le réseau public. Cette entreprise se poursuivra grâce à l'implication et à la collaboration des intervenants du Réseau d'aide pour personnes seules et itinérantes de Montréal inc., et des ressources du réseau de la santé et des services sociaux.

Enfin, en réponse à une demande des centres d'accueil du réseau de la déficience intellectuelle, un document audiovisuel a été produit. Subventionné par le Centre québécois de coordination sur le sida, le document est un outil de prévention qui s'adresse à une clientèle présentant une déficience intellectuelle. Le document est accompagné d'un guide pédagogique et ne peut être présenté que dans les centres d'accueil en présence d'intervenants formés.

Les priorités se dessinent et les recommandations sur le programme de formation et de sensibilisation sont acheminées au Centre québécois de coordination sur le sida.

LES MESURES D'URGENCE EN CAS DE SINISTRE

Notre mandat consistait à développer en 1990-1991, un ensemble d'interactions multisectorielles avec le Bureau des mesures d'urgence de la Communauté urbaine de Montréal visant à intégrer le domaine de la santé et des services sociaux dans la planification de chaque mandat concernant les sinistres. Le Conseil régional avait pour objectif de planifier et d'organiser les interventions du réseau de la santé et des services sociaux lors de sinistres, que nous avons répartis en cinq catégories :

- panne d'électricité majeure en période de grand froid;
- inondation ou pluie diluvienne;
- contamination de l'eau potable;
- chute d'aéronef;
- incendie ou explosion de produits toxiques.

Un comité des mesures d'urgence, formé de divers intervenants du réseau, s'est réuni afin de déterminer les « *Rôles et responsabilités des établissements et organismes du réseau de la santé et des services sociaux dans un contexte de mesures d'urgence* », un document produit en mai 1990.

Ce dossier est actuellement à l'étape de la rédaction et fera l'objet d'un projet prioritaire 1991-1992 pour la Direction de la programmation : Plan d'action des mesures d'urgence en cas de sinistres.

LE CONFLIT AMÉRINDIEN

Pendant toute la durée du conflit, nous avons assuré une étroite collaboration avec les instances concernées (Forces armées – C.S.S.S.R.M.M.). Des plans d'intervention ont été mis en place dans l'ensemble du réseau pour répondre aux demandes d'évacuation en cas d'urgence.

Les commissions et les comités de la Direction

Commission administrative des services aux personnes handicapées intellectuelles

Commission administrative des services aux personnes handicapées physiques

Commission administrative des services communautaires

Commission administrative des services de santé mentale

Commission administrative des services hospitaliers de courte durée

Table de concertation : C.S.S. – C.R.S.S.S.

Commission administrative des services d'hébergement et de soins prolongés

Commission administrative en alcoolisme et autres toxicomanies

Commission administrative de la mésadaptation sociale.

Comité de maintien à domicile.

L'usager des services : un citoyen ayant des besoins spécifiques, des exigences, des droits, un citoyen à informer, à impliquer, et qui participe

LA CONDITION DE VIE DES FEMMES, UN SECTEUR COMPLÉMENTAIRE À INTÉGRER

Le dossier de la condition de vie des femmes n'a pas cheminé sans rencontrer des résistances depuis l'engagement du gouvernement québécois de considérer la réalité spécifique des femmes dans l'identification des besoins sociaux et de santé ainsi que dans la planification et l'organisation des services. À ce jour, la préoccupation des femmes repose encore d'une façon majoritaire sur les groupes communautaires de femmes. Le réseau de la santé et des services sociaux s'ouvre timidement à intégrer cette dimension à sa programmation de services et ce, dans des dossiers très spécifiques.

Les priorités

Les clientèles cibles suivantes ont été retenues comme prioritaires pour l'année 1990-91 :

- les femmes victimes de violence, les conjoints violents et les enfants victimes et témoins de cette violence conjugale;
- les victimes d'agression à caractère sexuel;
- les personnes utilisant les services de planning et sexualité, plus particulièrement les services d'avortement.

Les actions entreprises

À l'externe, la concertation régionale en matière de violence conjugale et pour les victimes d'agression à caractère sexuel se poursuit. Les deux tables de concertation multisectorielles se sont dotées de nouvelles règles et d'un nouveau mode de fonctionnement au printemps 1991. Un total de huit rencontres a eu lieu au cours de l'année pour chaque table de concertation.

Une journée de sensibilisation à la violence conjugale a eu lieu au Complexe Desjardins, le 14 février 1991. Les vingt-et-un organismes membres de la table de concertation ont été présents lors de cet événement. Environ 3 500 cartes de souhaits et d'information ont été distribuées au public.

Nous avons aussi participé à l'élaboration d'un guide de dépistage et d'accueil en violence conjugale avec le Regroupement des C.L.S.C. de la région de Montréal, publié à l'automne 1990.

Pour les victimes d'agression à caractère sexuel, une cueillette de données pouvant aider à connaître l'état de situation de cette problématique au niveau régional s'est poursuivie au cours de l'année. Les organismes membres de la table de concertation y participent selon des modalités adaptées à leur réalité. Une réédition du *Répertoire des ressources pour les personnes aux prises avec la violence* a été terminée en janvier 1991.

Les intervenantes oeuvrant auprès de la clientèle des services de planning et sexualité ont bénéficié de trois rencontres thématiques : planning et sexualité et les femmes immigrantes; planning et sexualité et les M.T.S.; planning et sexualité et les avortements.

La liaison C.R.S.S.S.-M.S.S.S. par le biais du Comité sur la condition de vie des femmes de la Conférence des C.R.S.S.S. du Québec s'est maintenue dans les trois dossiers régionaux prioritaires et notre participation au Comité interministériel sur les services

aux conjoints violents, en tant que représentant de la C.C.R.S.S.S.Q. pour les deux volets (orientation et évaluation) s'est maintenue tout au long de l'année. Nous avons été consultés sur le document de base en périnatalité pour la politique de santé et de bien-être. Cette consultation s'est faite en collaboration avec les secteurs multiclientèles de première ligne et de courte durée du C.S.S.S.R.M.M.

À l'interne, le secteur continue à développer et à maintenir des liens fonctionnels avec les autres directions du C.S.S.S.R.M.M., plus particulièrement l'information et les ressources humaines.

C'est ainsi que certaines activités ont été organisées : info-midi sur la ménopause, en novembre 1990, et sur les femmes et le sida en décembre 1990; une journée en périnatalité avec Michel Odent et Paul de Reu en novembre 1990 et une journée de sensibilisation à la violence en février 1991. Nous avons eu l'occasion de souligner de façon particulière la journée internationale des femmes en mars 1991.

Ces activités sont toujours suivies avec beaucoup d'intérêt; cependant, un des problèmes majeurs est de maintenir des liens avec les différents secteurs concernés par la problématique des femmes. Les priorités de notre secteur ne correspondent pas nécessairement aux priorités d'action. C'est pourquoi notre objectif d'intégrer la préoccupation de la condition de vie des femmes, en particulier dans l'élaboration des PROS, demeurera prioritaire en 1991-92.

LES PLAINTES DE LA POPULATION : UNE FENÊTRE SUR NOTRE RÉSEAU

Les différentes clientèles cibles pour lesquelles nous développons des programmes et voyons à la mise en place de services qui doivent répondre à leurs besoins, ont des droits – au respect, à l'accès à des soins et services de qualité, à un milieu de vie adéquat, à des ressources matérielles suffisantes... Ces droits ne correspondent malheureusement pas toujours à la réalité vécue par notre clientèle.

L'aide à la clientèle

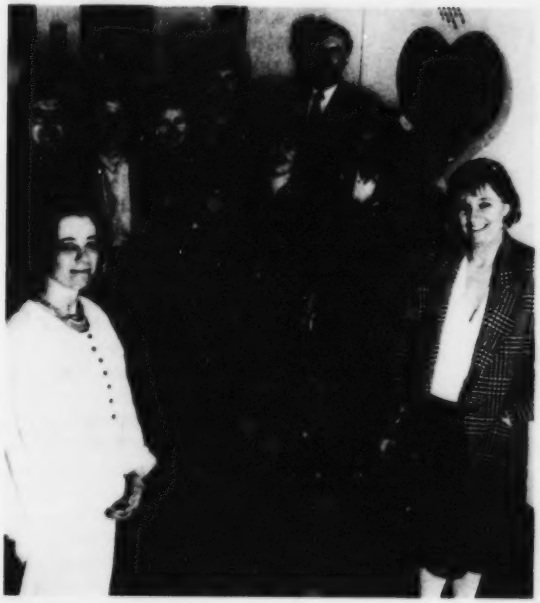
Le service d'aide à la clientèle a examiné cette année 697 dossiers de plaintes comprenant 1 155 objets de plainte. Le nombre de dossiers actifs était de 161 au 31 mars 1991.

Nous avons procédé au traitement de 6 058 demandes d'information, de consultation et de référence provenant de la population et du réseau. Cela a permis, entre autres, d'exercer un rôle préventif dans le règlement de certaines situations problématiques.

Les plaintes ont principalement été faites par communications téléphoniques (78 %), les familles représentant le plus gros pourcentage de plaignants, soit 52 %.

Pour des fins statistiques, nous avons retenu six catégories de plaintes, par ordre décroissant :

- **l'accès aux services** : lenteur dans la dispensation de services et réponses inappropriées;
- **les relations humaines** : manque d'écoute, d'attention et de considération;
- **les soins et services** : manque d'information et de support;



Quelques membres de la table de concertation sur la violence conjugale

Répartition du volume des dossiers-plaintes

Régions	Dossiers actifs au début de la période	ouverture	fermeture	actifs à la fin de la période
Montréal métro	165	664	672	157
Laval	3	26	25	4
Total	168	690	697	161

- **le milieu de vie et les ressources matérielles** : manque de mesures de sécurité et protection, contraintes;
- **l'aspect financier** : programmes, médicaments non couverts, modalités de financement;
- **les autres droits** : accès à l'information et au dossier médical, confidentialité, questions linguistiques, discrimination, refus de traitement.

L'accessibilité et la continuité des services constituent la catégorie représentant la majorité des plaintes. Une analyse longitudinale de l'ensemble des plaintes basée sur quatre ans a permis d'identifier certains problèmes.

- La sectorisation (choix de la ressource, secteur non couvert, question linguistique) et l'accès aux services psychiatriques et pédopsychiatriques, l'accès aux services d'hébergement et l'accès aux services de réadaptation pour les personnes ayant une déficience intellectuelle.

- L'accessibilité aux services de maintien à domicile pour les personnes âgées, les familles en difficulté et les personnes ayant une déficience physique et sensorielle.

- L'accessibilité aux services hospitaliers d'urgence et de prise en charge pour les personnes âgées dépendantes et les personnes souffrant d'une maladie chronique et dégénérative dont on peut présumer un besoin d'hébergement ou de soins prolongés.

- L'accessibilité aux services d'urgence et aux services diagnostiques des C.H.S.C.D. pour les cas déjà pris en charge par le réseau d'hébergement et de soins prolongés.

- L'accessibilité aux services diagnostiques des C.H.S.C.D. pour la clientèle dont les médecins traitants n'ont pas le privilège d'exercer à l'hôpital choisi par le bénéficiaire (généralement le plus près de chez lui).

- L'accessibilité à la chirurgie élective (cardiologie et orthopédie).

- L'accessibilité aux services préhospitaliers d'urgence.

- L'accessibilité aux ressources et services d'urgence, de psychiatrie, de réadaptation et d'hébergement pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et/ou une déficience physique ou sensorielle et présentant plusieurs autres handicaps au plan de la santé mentale : problème psycho-affectif, troubles de comportement sérieux, situation de crise psychosociale, maladie mentale...

- L'accessibilité aux services d'adoption et de retrouvailles.

- La coordination des plans de services individualisés impliquant la participation et la concertation de plusieurs secteurs du réseau des services de santé et sociaux (intervenants, établissements, organismes et autres réseaux).

Si le traitement des plaintes concernant l'accessibilité et la continuité des services permet d'identifier les lacunes relatives aux systèmes d'accès de notre région, il permet également d'identifier un bon nombre de problèmes ayant trait à la planification et à l'organisation des services et des programmes.

Les dossiers thématiques et les clientèles cibles

On peut donc cibler certaines clientèles pour lesquelles les problèmes de fond persistent et pour lesquelles la recherche de solutions engage la participation de tous les artisans du réseau.

- **Les personnes présentant des déficiences multiples** :
  les plaintes surviennent lorsqu'il y a crise et qu'une admission est nécessaire à court, moyen ou long terme.

- **Les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale** :
  le phénomène de la violence a augmenté chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale et le réseau est plus ou moins outillé pour y faire face. Le processus de désinstitutionnalisation nous confronte avec un manque de ressources et de références appropriées à l'état de santé des bénéficiaires. Certaines personnes itinérantes et toxicomanes sont automatiquement référées par l'urgence de certains hôpitaux vers des ressources de la communauté qui ne sont pas aptes à traiter ces cas.

- **Les personnes âgées** :
  l'accès de la personne âgée demeurant à domicile ou en C.A.H. aux services d'urgence ou à tout autre service en C.H.S.C.D. est difficile pour diverses raisons : retards et refus d'admission; congés prématurés et orientations inappropriées vers des ressources d'habitation privées, ne répondant pas adéquatement aux besoins de soins de la personne âgée en grave perte d'autonomie; insuffisance de

services sur le plan de la réadaptation.

- **Les personnes ayant des déficiences sensorielles** : dans le cadre des services de maintien à domicile, il est difficile d'arriver à une véritable individualisation du plan de services et dans le cadre des services de réadaptation dispensés dans les C.A.H. et les C.H.S.L.D., les possibilités de récupération et de développement du potentiel ne sont pas exploitées souvent en raison d'un manque de ressources humaines et financières.

- **Les personnes souffrant de maladies physiques en général** : des délais inacceptables (un à deux ans) sont chose courante pour les chirurgies électives et plus particulièrement les services d'orthopédie et de cardiologie en raison de fermetures de lits, de vacances, de manque de personnel ou de non disponibilité de temps opératoire.

LA PROMOTION ET LA DÉFENSE DES DROITS

L'expérience acquise au fil des ans dans le traitement des plaintes de la population en matière de services de santé et de services sociaux et les nouvelles orientations gouvernementales nous ont amenés au cours de l'année 1989-1990 à effectuer une étude approfondie concernant l'exercice du recours de la population à une instance régionale. Le bilan d'expériences réalisées dans le cadre d'une étude de la Conférence des C.R.S.S.S. a permis au Conseil régional de faire le point sur les forces et les faiblesses de ce mécanisme de protection des droits des usagers. Des analyses détaillées et des recommandations ont été acheminées au M.S.S.S. afin de consolider les acquis et de remédier aux failles de ce type de recours et ainsi conférer à l'instance régionale toute l'autorité requise pour mieux exercer son mandat.

De plus, suite à la publication de la politique de santé mentale par le M.S.S.S., nous avons collaboré à la préparation d'un document faisant état des mandats et des fonctions des organismes appelés à promouvoir et à défendre les droits de la personne aux prises avec des problèmes de santé mentale.

En consultation avec des organismes communautaires oeuvrant à la promotion et à la défense des droits, le Conseil régional a élaboré les définitions, les mandats et les fonctions des mécanismes d'aide, d'accompagnement, de promotion et de défense des droits.

Aussi, nous avons été consultés au niveau de la formation à offrir aux organismes communautaires et aux comités de bénéficiaires oeuvrant à l'aide et à l'accompagnement ou à la défense des droits.

C'est grâce à une gamme continue de services d'aide, d'accompagnement, de recours à la fois spécifiques et complémentaires qu'on pourra garantir à la population le respect de ses droits. Chaque ressource, qu'elle soit locale, régionale ou provinciale, constitue le maillon d'une chaîne qui s'inscrit dans un cadre de possibilités et de limites d'intervention.

LES RELATIONS AVEC LE RÉSEAU ET LA COMMUNAUTÉ

Avant tout, l'usager doit être considéré comme un citoyen qui est informé et qui doit s'impliquer. Malgré les difficultés à intéresser le citoyen à la gestion du réseau de services, il faut maintenir nos efforts pour sa participation active tant au niveau de l'identification des besoins et la planification des programmes et des services que de la gestion du réseau.

Les élections

Le processus électoral a été lancé dès janvier 1990 dans 153 établissements publics de notre région afin de combler 745 postes vacants; 160 présidents d'élection étaient nommés et le C.S.S.S.R.M.M. a répondu à quelque 1 500 appels téléphoniques pour des clarifications, des informations et des orientations quant à la loi, aux règlements d'élection et au rôle d'un membre de conseil d'administration.

Le poste d'organisme bénévole a été comblé au sein des 153 conseils d'administration suite à une consultation auprès de 390 organismes bénévoles; 59 % d'entre eux ont participé à cette consultation. Les organismes les plus actifs ont été les organismes bénévoles oeuvrant dans les établissements, les groupes d'entraide, les communautés ethniques et les groupes du 3e âge.

En décembre 1990, à la demande du ministère, une démarche a été entreprise afin d'identifier les établissements publics qui ont encore de véritables corporations propriétaires actives de biens immeubles. Environ 70 établissements ont soumis pour examen divers documents (lettres

patentes, titres de propriété et rapports annuels aux institutions financières) afin que les informations pertinentes soient acheminées au M.S.S.S.

La politique de participation

Une politique de participation élaborée par le Conseil régional clarifie un certain nombre de points, entre autres :

- la participation des organismes communautaires comme partenaires privilégiés, ainsi que des critères de reconnaissance;
- la consultation comme mode de participation, les principes à respecter et les publics à consulter;
- l'énoncé de la politique de participation, le cadre légal qui la sous-tend, les principes à respecter et les objectifs poursuivis, les rôles et les responsabilités et le plan d'action.

La consultation en santé mentale

Dans le cadre de l'élaboration du PROS en santé mentale, nous avons planifié et assumé la coordination du processus de consultation, notamment les rencontres d'information, les dépôts de mémoires et les séances de consultation.

Compte tenu du volume du PROS, un abrégé contenant l'essentiel du plan a été rédigé pour fins de consultation. Deux bulletins « *Spécial Info-Santé mentale* », distribués à 2 000 exemplaires chacun, ont diffusé de l'information concernant la formation du comité tripartite et son rôle, l'évolution du dossier, le processus et les modalités de consultation. Au-delà de 800 établissements, organismes communautaires et autres (municipalités, commissions scolaires, etc.) ont reçu une copie de ce document et ont été invités à présenter des mémoires et à participer aux séances de consultation et d'information. Au total, 1 165 documents de consultation et 150 copies intégrales du PROS ont été distribués.

Nous avons recueilli une centaine de mémoires; des représentants de quatre-vingts établissements et organismes divers ont présenté personnellement leurs réflexions. Ces séances ont permis d'apporter des changements ou des clarifications importantes dans le PROS. Plusieurs textes contiennent des informations et des suggestions précieuses pour l'implantation du plan. Tous ces commentaires sont regroupés par centre d'intérêt dans le « *Plan d'organisation des services de santé mentale de la région de Montréal métropolitain – Sommaire des mémoires soumis lors de la consultation* ».

Les objectifs de santé et de bien-être

Une première consultation effectuée par les D.S.C., jumelée a des rencontres de sensibilisation avec les partenaires hors-réseau éventuels (Ville de Montréal, commissions scolaires, organismes communautaires, industrie et commerce), permettra d'orienter ce dossier en fonction des objectifs du M.S.S.S. et des réalités régionales.

LA DOCUMENTATION, UN SOUTIEN ADMINISTRATIF À TOUTES NOS ACTIVITÉS

Les services documentaires offrent les services courants d'un centre de documentation spécialisé, administrent un programme de gestion des documents administratifs et gèrent un fichier corporatif des établissements et des organismes communautaires. Pour mieux informer sur les activités courantes, un bulletin est publié toutes les semaines facilitant à la grande équipe du Conseil régional l'utilisation des services du centre.

Le centre de documentation

Bien que sa clientèle prioritaire soit le personnel du C.S.S.S.R.M.M., le centre de documentation offre aussi des services au personnel du réseau, aux chercheurs et aux étudiants. Le centre possède une collection de quelque 8 000 volumes et rapports traitant de l'administration des services de santé et des services sociaux, en particulier des caractéristiques socioéconomiques, socio-sanitaires et démographiques de la région; des répertoires des établissements et organismes du territoire; des mandats des établissements et des conseils régionaux. Le centre a également la collection complète des lois et règlements du Québec, les circulaires du M.S.S.S., les normes et pratiques de gestion, deux cent cinquante titres de revues et bulletins d'information, des brochures d'information, des documents audio-visuels, des cartes. Il offre un accès aux serveurs de banques d'informations MEDLARS, CAN/OLE, SDM, QUESTEL. La politique d'enrichissement de la collection tient compte des orientations du C.S.S.S.R.M.M., des priorités établies et des besoins des directions.

Pour la clientèle externe, nous avons répondu à 830 demandes de recherches bibliographiques provenant à 41 % du personnel du réseau, à 23 % du personnel hors réseau et à 27 % d'étudiants universitaires.

Les principaux sujets de recherche demandés sont :

- système et coût de la santé;
- structure, rôle, mandat des établissements et des C.R.S.S.S.;
- données sociosanitaires et démographiques;
- état de santé;
- toxicomanie;
- ressources et répertoires;
- limites territoriales (sectorisation);
- qualité des soins et services et droits de bénéficiaires;
- santé mentale;
- violence;
- désinstitutionnalisation et maintien à domicile;
- personne handicapée.

En outre, 29 625 documents produits par le C.R.S.S.S.M.M. ont été distribués; ce nombre n'inclut pas la première distribution faite par le producteur du document au public-cible concerné.

Enfin, nous avons acheminé 26 avis de parution aux 90 centres de documentation et bibliothèques des établissements de la région.

Les activités régionales

Une des priorités du centre de documentation consistait à participer au développement et au partage des ressources documentaires dans le réseau des établissements de santé et de services sociaux de la région. Cette année, le centre est devenu membre de l'Association des bibliothèques de santé de Montréal et a participé au catalogue collectif des périodiques publié par ce regroupement. Il procède à l'évaluation d'une nouvelle banque d'information en toxicomanie. Il a publié la 2e édition du répertoire régional des ressources et services en documentation et a diffusé cet outil dans les milieux concernés.

Le centre de documentation

Le service documentaire a préparé et déposé un projet de banque d'information sur les publications du réseau pour fins de financement. Ce projet vise à répertorier et rendre accessibles les documents produits dans les établissements. Ce projet de concertation avec le réseau s'effectue avec l'appui d'un groupe de travail composé de représentants en documentation et en information de chaque catégorie d'établissements, francophones ou anglophones. L'équipe régionale en documentation a pour objectif d'évaluer et d'améliorer la situation documentaire dans le réseau au profit du personnel de tous les établissements du réseau.

La gestion des documents administratifs

L'implantation du programme de gestion documentaire se poursuit. Le nombre de dossiers enregistrés est maintenant de 12 862 et le nombre de mises à jour de 2 534. Le programme répond aux exigences de la Loi sur les archives et de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

Les fichiers des établissements et des organismes

Le fichier corporatif des établissements comprend les données de base des 237 établissements de la région et de leurs 565 installations.

La création d'un fichier corporatif des organismes communautaires est amorcée; quelque 1 300 organismes ont déjà été inventoriés. Il a pour objectif principal l'appui à la politique de participation du C.S.S.S.R.M.M. et procure les outils nécessaires aux activités d'information, de consultation et de concertation.

LES COMMUNICATIONS, UN SECTEUR ESSENTIEL À L'INTERNE ET À L'EXTERNE, UNE PRIORITÉ À DÉVELOPPER

En complémentarité avec les différents mandats du Conseil régional, les communications doivent s'inscrire dans l'ensemble des démarches prévues autant à l'interne qu'à l'externe comme un outil d'information de première importance : un droit à une information claire, précise et rapide. Malgré des ressources et des moyens plus que limités, notre rôle de communicateur privilégié au niveau régional doit nous associer, comme partenaire, aux établissements au niveau de la diffusion de l'information sur les programmes et les services disponibles. L'objectif poursuivi demeure toujours l'accès à l'information et la connaissance des services du réseau.

Une « Journée porte ouverte » a été organisée à l'intention de la population, des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, des organismes communautaires et des différents partenaires. Toutes les directions étaient représentées dans dix-sept kiosques d'information et deux salons de projection étaient à la disposition des visiteurs. Un volume très important de documents d'information a été distribué aux 170 participants.

Tout au long de l'année, de nombreuses activités (kiosques d'information, colloques, conférences) ont été planifiées et organisées, notamment :

- un kiosque sur l'hébergement et les ressources du réseau, dans le cadre d'une journée organisée par les Services communautaires juifs (Palais des Congrès);
- un kiosque au Salon international des aînés (Palais des Congrès);
- un colloque « *la recherche au service de l'action* » (Québec);
- un colloque « *violence et personne âgée* » (UQAM);
- deux conférences en périnatalité;
- une journée de sensibilisation sur la violence conjugale (Complexe Desjardins).

Deux grandes tournées régionales ont été coordonnées. En janvier, monsieur Marc-Yvan Côté, ministre de la Santé et des Services sociaux rencontrait les représentants du réseau, des organismes communautaires et de la population de notre région afin d'informer sur la réforme. Dans le cadre d'une tournée provinciale, une rencontre M.S.S.S. – Sécurité publique avec le réseau montréalais était organisée afin de mieux faire connaître et comprendre le protocole d'entente permettant d'assurer des services à la clientèle des centres de détention et à la clientèle en probation.

À l'interne, outre les sept numéros « *D'un étage à l'autre* » rédigés et publiés à l'intention du personnel du Conseil régional, des activités de sensibilisation et d'information étaient organisées :

- Info-midi : les femmes et le sida; la ménopause;
- journée internationale des femmes : pièce de théâtre « *aide par les proches* »;
- semaine de sensibilisation aux effets des drogues.

Des rencontres d'information et des conférences sur l'ensemble du réseau, sur le Conseil régional et sur les programmes spécifiques ont eu lieu régulièrement avec des étudiants, des organismes communautaires, des groupes ethniques et des délégations étrangères. Dans ce cadre, quinze séances d'information ont été tenues.

En ce qui concerne les activités externes, le service de relations de presse a répondu à cent soixante quatre demandes d'information et quarante entrevues ont été organisées avec les membres du personnel du C.S.S.S.R.M.M. Huit rencontres d'information ont été organisées pour répondre aux demandes de délégations et d'étudiants.

Nous avons coordonné la conception et l'impression de brochures telles que : *Mes droits, recours et responsabilités*; *Les plaintes, beaucoup plus qu'un recours* (versions française et anglaise) et *Quand l'amour porte plainte !* (versions française et anglaise). Nous avons également coordonné la production des formulaires « *Système d'admission en hébergement et soins de longue durée* » et « *Une gamme de services en santé mentale* ».

Des activités d'édition électronique ont permis la conception, la mise en page et la publication de diverses brochures, bulletins, formulaires :

- la recherche au service de l'action-séminaire (programme de la journée);
- inventaire des ressources communautaires pour personnes âgées – supplément;
- Spécial Info - santé mentale; objectifs de santé et de bien-être;
- formulaire de dépôt des documents produits par le C.S.S.S.R.M.M.;
- quelques numéros utiles (carton d'information).

Des affiches, des pages couvertures, la mise à jour d'une brochure d'information sur les demandes d'hébergement (versions française et anglaise) et un répertoire régional des

services et des ressources en documentation ont été au nombre des activités de l'année.

Les objectifs poursuivis par la direction en 1990-91 demeurent essentiellement les mêmes, soit :

- l'écoute et l'information;
- la participation et la sensibilisation;
- la communication;
- le soutien et la gestion.

Ces objectifs sont poursuivis à travers les dossiers prioritaires, dans les trois services de la direction. Nous portons cependant une attention particulière à l'objectif de la communication. Nos ressources étant limitées dans le secteur de l'information, nous espérons que le mandat clair d'informer notre population sur les services disponibles dans la région nous permettra d'obtenir les ressources nécessaires.

Les comités de la direction

Équipe régionale en documentation

Table de concertation des porte-parole des malades

Table de concertation en matière de violence conjugale du territoire de la Communauté urbaine de Montréal

Table de concertation en matière de crimes à caractère sexuel – Territoire de la Communauté urbaine de Montréal

Les relations avec le réseau d'établissements : une mise en commun des approvisionnements et des services et une gestion d'immobilisations et d'équipements

Dans une conjoncture économique et budgétaire difficile, notre action fut centrée cette année sur la réalisation de plusieurs projets prioritaires soumis par les établissements aux commissions administratives : construction et rénovation des immeubles, équipements médicaux et mobiliers, locations d'espaces, approvisionnements en commun et services régionaux comme la buanderie, disposition des surplus.

Une étroite collaboration avec nos partenaires administrateurs du réseau a permis de dépasser les objectifs des sept commissions administratives et comités régionaux, auxquels participent 80 représentants élus parmi les délégués de chaque catégorie d'établissements. Durant l'année, nous avons tenu plus de soixante rencontres et cinq assemblées générales de tous les représentants des établissements afin de recevoir les demandes et d'orienter les travaux.

Notre stratégie de croissance est fondée sur la participation et l'implication continuelles des administrateurs d'établissements qui acceptent de planifier et de mettre en place des programmes pour répondre aux besoins et aux exigences de la clientèle. Ainsi, les investissements sont destinés à l'amélioration constante des installations et des outils de travail afin de maximiser la productivité grâce à la modernisation des parcs immobiliers et mobiliers.

Grâce, en partie, aux programmes régionaux de complémentarité de services inter-établissements, les activités se sont accrues de plus de 43 % pour atteindre un volume d'affaires de 294 684 552 $. Les dépenses d'opérations s'élèvent à 2 198 963 $, ce qui représente 0,7 % des réalisations.

LA BUANDERIE

Les activités de buanderie constituent un point névralgique pour le bon fonctionnement d'un établissement. Il y a quelques années, un bilan de la situation des buanderies locales indiquait un besoin de remplacement d'équipements et de mise à jour des installations physiques des locaux, eu égard aux nouvelles normes de travail dans ce secteur et aux nouvelles technologies. De plus, la région de Montréal s'était dotée d'une buanderie communautaire qui a dû faire face aux difficultés inhérentes à toute nouvelle organisation. Enfin, l'industrie privée exigeait une juste part de ce marché, invoquant une capacité d'offrir un service de qualité à moindre coût.

Le Conseil régional, responsable de planifier la mise en commun des services sur le territoire, s'est vu confier le mandat de rationaliser ce secteur, dont les dépenses atteignent en 1990 plus de 60 millions de dollars. Le service régional de buanderie fut donc créé avec mandat spécifique d'en arriver à une solution globale et rationnelle permettant l'obtention d'un service de qualité à un moindre coût, ainsi que la rationalisation des services de blanchisserie auprès de producteurs publics et privés, en s'assurant de la complémentarité dans le réseau.

Le service régional de buanderie, composé de délégués élus parmi les représentants des établissements, s'est employé à structurer un modèle de collaboration interétablissement tout en assurant une compétition afin de créer un équilibre entre les différents fournisseurs potentiels. Après plusieurs mois de cheminement, les résultats sont à l'avantage des établissements : certains services

locaux de buanderie dont le volume de linge à traiter était suffisamment élevé, ont été redéfinis dans un programme d'autofinancement, d'autres ont dû être fermés et transférés soit à la buanderie communautaire, soit vers des établissements à capacité excédentaire, soit enfin vers les producteurs privés ou du système carcéral.

Simultanément, le service a veillé à ce que la buanderie communautaire, B.C.M. inc., continue d'appliquer son plan de redressement physique et financier, pour répondre tout d'abord aux nouvelles exigences de la C.S.S.T., ainsi qu'à la compétition dans le secteur privé. Les résultats sont plus que satisfaisants et notre rôle de régulateur de marché sur le territoire s'est clairement fait sentir lors des derniers appels d'offres de services auprès de l'industrie privée pour le renouvellement de certains contrats.

Quatre-vingt-trois établissements utilisent aujourd'hui un service extérieur de buanderie. Le principe de péréquation de prix régional en provenance du coût de chaque fournisseur s'applique à l'ensemble. Le C.S.S.S.R.M.M. a développé pour ses membres un service informatisé qui permet un suivi continu des opérations et de la facturation pour chaque établissement. Enfin, le prix moyen régional de blanchisserie (lavage seulement) s'est stabilisé à 1,06 $ le kilo propre livré, un niveau proche de celui d'il y a trois ans.

Des services complémentaires sont également fournis, tels que le nettoyage, l'identification des articles, l'ignifugation, le pressage des uniformes, le mirage des champs opératoires et les préparations de charriots.

Le service régional de buanderie a également travaillé à d'autres projets, en particulier à une expérience de livraison directe aux étages des établissements. Les résultats préliminaires indiquent qu'il y aurait un meilleur contrôle de la lingerie, une diminution de la manutention et du roulement des inventaires. Également, en raison des exigences environnementales, nous réalisons des études sur l'utilisation de produits jetables.

Enfin, la rationalisation au niveau de l'utilisation de la lingerie-literie a porté fruit puisque le coût de remplacement pour les seuls clients de B.C.M. inc. a diminué de 0,09 ¢ le kilo propre.

Le service régional de buanderie, dans son activité régionalisée autofinancée, facture 13 622 166 $ à ses clients-membres pour le traitement de 12 602 466 kilogrammes de linge à laver. Le coût de tous les services rendus par la permanence s'élève à 393 000 $, soit moins de 0,03 ¢ le kilo.

L'APPROVISIONNEMENT EN COMMUN : PERMETTRE DES ÉCONOMIES PAR LA FORCE DU REGROUPEMENT

L'approvisionnement en commun est un service qui fait fonction de centrale d'achats et de distribution pour l'ensemble des établissements publics du réseau, auxquels se sont joints un certain nombre d'organismes para-publics qui y trouvent un intérêt administratif et économique. Cette activité volontaire et autofinancée regroupe cette année deux cent deux corporations.

Conçu voilà près de vingt ans déjà, ce mouvement a connu cette année une progression importante : ajout de nombreux dossiers de négociations, participation accrue dans le renouvellement de contrats avec pour effets, une stabilité des prix d'acquisition des biens et services, une standardisation plus poussée des devis techniques précis, des économies importantes dans de nouveaux dossiers à gros volume.

Au delà des avantages économiques tangibles qu'il offre, ce service constitue un forum d'échanges et de concertation entre les différents acteurs du milieu : acheteurs, professionnels, utilisateurs, administrateurs. L'approvisionnement en commun facilite les choix des établissements et les oriente vers les solutions les mieux adaptées, avec le concours des intervenants du milieu et grâce à des études de biens et services, des études financières qualité/prix, l'établissement de devis, la consultation et la mise en concurrence de fournisseurs, la participation aux colloques et congrès pertinents, le service conseil et la négociation. Le secteur contrôle le service après-vente et prend en charge le règlement de contentieux éventuels. Des contrôles

Activités de buanderie

Fournisseurs	Établissements	
	90-91	89-90
B.C.M. inc.	28	20
Industries privées (10)	47	46
Technibor inc	5	5
Centres à capacité excédentaire	3	4
Total	83	75

techniques vérifient, le cas échéant, la fabrication en usine des articles approvisionnés. Enfin, l'importance du regroupement d'achats de Montréal assure à l'économie québécoise des retombées manufacturières et favorise ainsi une politique préférentielle de support à l'industrie locale.

Les opérations

Le C.S.S.S.R.M.M. réalise les programmes d'activités établis par les membres de quatre commissions administratives définies par la catégorie des établissements. Les établissements délèguent leurs représentants aux différentes tables de travail; le succès de cette opération dépend directement du niveau de participation des intervenants. La permanence coordonne les demandes du réseau, maintient et fait progresser cette activité, en assurant que les choix correspondent à des critères élevés de standards:

- pour le bénéficiaire;
- pour le professionnel-utilisateur;
- pour l'administrateur.

Un système informatisé de gestion des approvisionnements en commun permet de répondre adéquatement aux besoins spécifiques et d'augmenter la production. Basé sur la parution d'un catalogue régional de fournitures et de services décrivant plus de 25 450 articles, cet outil de travail servira éventuellement à communiquer avec le système de gestion d'achats des établissements dans l'objectif de rationaliser les fonctions administratives. Ce catalogue maintenant diffusé à l'échelle provinciale devient, depuis l'apparition de la T.P.S. et de la T.V.Q., un outil de référence largement sollicité.

Négociations regroupées

Secteurs	# de contrats	valeur $
Laboratoire	114	5 455 012
Pharmacie	144	67 984 780
Radiologie	24	8 283 609
Administration	7	4 938 786
Alimentation	60	29 273 682
Buanderie et lingerie	19	17 882 134
Entretien ménager	25	6 778 096
Fonctionnement et entretien des installations	30	42 674 186
Fournitures médicales	206	29 906 594
Équipements	37	16 256 673
Total	**666**	**224 523 552**

Thème	Données 1989-90	Données 1990-91	Écart 90-91/89-90
Volume négocié :	165 766 316	224 523 552	58 757 236
% de pénétration du potentiel de la région		40 %	
Coût aux établissements par 100 $ négociés :		0,58 $	

Les résultats

Les négociations, cette année, ont mené à d'impressionnantes économies dans les nouveaux dossiers ainsi qu'à une très faible augmentation des prix dans les cas de renouvellement. La conjoncture économique actuelle favorise sans doute cette situation quoique la globalisation des marchés à l'échelle internationale et la compétition supranationale et intercontinentale y soient à notre avis pour quelque chose. Signalons toutefois le niveau de plus en plus élevé de « fidélité » de nos membres, une nécessité dans les regroupements.

Quelques dossiers ont particulièrement retenu l'attention cette année :

- **la gestion des déchets médicaux** par la mise en place d'un plan régional de gestion, les constructions en conséquence, l'achat de contenants spécifiques pour l'entreposage, le transport et la disposition, la formation du personnel;
- **la protection de l'environnement** par une approche globale relative aux déchets et au recyclage;
- **l'achat regroupé d'équipement médical spécialisé** avec le concours d'un comité régional d'ingénieurs et de physiciens;
- **la formation d'un comité de gestion des produits biologiques** visant l'analyse et le développement de ce dossier provincial incluant l'achat et la distribution de vaccins;
- **la négociation suprarégionale d'achat de gaz naturel** auprès des producteurs de l'ouest canadien; ce dossier a largement débordé les besoins des établissements du réseau puisqu'il rejoint maintenant les secteurs scolaires et municipaux de la province;
- **la publication d'un catalogue de standards de lingerie-literie** utilisé par le réseau;
- **la participation à des tables provinciales de normes** pour le matériel de chambres de bénéficiaires, négociations provinciales pour certains de ces produits;
- **la réévaluation des techniques d'achat** dans le secteur de l'alimentation;
- **l'achat de services d'entreposage et de distribution de fournitures** auprès des entreprises du secteur privé pour répondre aux demandes des établissements.

Construction C.A., C.H., C.L.S.C., C.S.S.

Établissements	Demandes	Investissements (000 $) [1]		
		Subventions C.S.S.S.R.M.M.	Relance I et II MSSS	Établissements
C.A.H.	13 698	2 555	10 234	–
C.A.R.	10 344	1 155	6 587	–
C.L.S.C.	2 651	340	–	–
C.S.S.	100	100	–	–
Santé – C.H.	86 661	5 519	8 524	16 925
Total	113 454	9 669	25 345	16 925
Grand total des investissements			51 939	

(1) Ne comprend pas les projets relevant de la compétence du M.S.S.S.

LA DISPOSITION DES SURPLUS

La gestion des ressources matérielles ne saurait être complète sans un suivi des inventaires de remplacement d'équipements et de mobilier. Les changements au niveau du profil du bénéficiaire, des besoins des établissements, la modernisation des locaux et l'introduction de nouvelles technologies ont pour effet une mise en disponibilité de fournitures qui peuvent être généralement réutilisées par d'autres centres, par des organismes bénévoles ou encore dans d'autres régions. Certains articles peuvent même être transférés à des organismes à action internationale. Ces dispositions de surplus se font habituellement sans frais pour l'organisme acquéreur, ce qui constitue un apport non négligeable pour leur organisation si l'on tient compte des coûts réels d'acquisition de ces articles.

La direction a établi un système d'information auprès des organismes susceptibles d'acquérir ces articles. Un bulletin trimestriel est expédié, décrivant la nature et l'état des produits disponibles. Une évaluation sommaire des inventaires ainsi transférés se chiffrerait environ à 3/4 de millions de dollars. Cette opération permet également d'éliminer des entreposages de stocks.

LES IMMOBILISATIONS, ÉQUIPEMENTS ET LOCATIONS

La commission des immobilisations C.H. et le comité d'appréciation des projets d'immobilisations C.A., C.L.S.C., C.S.S., représentant les établissements du réseau, élaborent les politiques, les procédures et les critères de répartition des fonds.

Construction C.A., C.H., C.L.S.C., C.S.S.

Les projets de construction autorisés par le Conseil régional doivent être inférieurs à 1 000 000 $ pour les centres hospitaliers et à 250 000 $ pour les autres catégories d'établissements. Ces travaux sont majoritairement reliés à la sécurité, à la vétusté physique et à la rénovation fonctionnelle des espaces en vue du maintien en bon état des édifices et d'une meilleure qualité des soins et du milieu de vie des bénéficiaires. On observe un écart majeur entre les demandes exprimées et les budgets réguliers de subventions du Conseil régional. Les investissements additionnels consentis par le M.S.S.S. dans le cadre des deux phases de sa relance économique, en cours de réalisation, permettront d'alléger la pression des besoins, surtout dans les centres d'hébergement et de réadaptation. On observe également un apport significatif des centres hospitaliers pour des projets financés par économie d'opération ou par les fondations.

Parmi les activités particulières du secteur, signalons l'assistance fournie au M.S.S.S. dans la gestion de projets de construction majeurs, l'expertise technique fournie dans le dossier de disposition des déchets biomédicaux, ainsi que l'évaluation du potentiel de réutilisation du site actuel de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Équipements C.A., C.L.S.C., C.S.S.

Le renouvellement est assuré à partir d'une enveloppe partagée entre 123 centres au prorata de la valeur de remplacement des équipements existants. Chaque année, le secteur effectue une mise à jour des facteurs spécifiques de répartition et traite des demandes complémentaires. Des besoins très particuliers peuvent être satisfaits via la péréquation interrégionale accordée par le M.S.S.S.; cette année, un programme de remplacement des lits a pu être poursuivi dans dix établissements d'hébergement. Grâce au budget de développement d'équipement alloué par le M.S.S.S., le secteur a géré des dossiers de relocalisation de C.A.H. et de C.L.S.C. et a obtenu la consolidation de services de physiothérapie et d'ergothérapie, de même que l'ameublement de nouveaux ateliers et de salles d'examen.

Enfin, le secteur assure l'expertise et le contrôle des fonds régionaux d'équipements alloués pour les soins à domicile requis par la clientèle et par les équipes volantes. Le secteur a également participé au projet provincial de méthode de calcul de valeur de remplacement, en vue d'améliorer la répartition interrégionale actuelle.

Équipements médicaux spécialisés

Le Conseil régional alloue des subventions spécifiques aux projets d'équipements médicaux spécialisés demandés dans les priorités annuelles. Les demandes totalisent plus de 116 millions : 75 % sont alloués à des équipements de base, 25 % visent des projets de technologie de pointe très lourde. L'enveloppe régionale disponible permet de répondre à une demande sur vingt. L'apport des fondations des établissements et, dans une proportion beaucoup moindre, l'autofinancement par économie d'opération, contribuent à plus de 25 % des investissements. De plus, le ministère a accordé des subventions

Équipements C.A., C.L.S.C., C.S.S.

Programme	Nombre dossiers	Valeur (000 $)
Renouvellement d'équipement	123	3 037
Programme gros équipement	23	278
Développement M.S.S.S.	21	1 610
Péréquation interrégionale	15	296
Fonds régional soins à domicile	350	226
Équipement MAD-SIMAD (équipe)	24	154
Total :	556	5 601

Équipements médicaux spécialisés – C.H.

	Nombre projets	Valeur (000 $)
Demandes	437	115 437
Investissements		
• C.S.S.S.R.M.M.	91	5 880
• Fondations C.H.	22	3 815
• Autofinancement	4	448
• M.S.S.S. – technologie	9	2 295
Total :	126	12 438
Achats globalisés	8	2 877

Locations d'espaces

Établissements	Nombre baux	Valeur (000 $)
C.H.	39	2 238
C.A.H.	7	472
C.A.R.	90	4 064
C.L.S.C.	52	7 048
C.S.S.	16	4 400
Total	204	18 222

qu'il a tirées de l'enveloppe de haute technologie pour le remplacement de neuf salles de fluroscopie. Le problème majeur du sousfinancement des équipements médicaux demeure néanmoins important, ce que déplorent le Conseil régional et les centres hospitaliers depuis de nombreuses années.

Soulignons la mise en place en collaboration avec le service des approvisionnements en commun d'un processus de globalisation des achats initié avec huit projets de radiologie de cinq établissements.

Locations d'espaces

La gestion des baux est particulièrement complexe puisqu'elle couvre, sur tout le territoire, un ensemble de locations de type commercial, industriel ou résidentiel, allant du foyer de groupe aux édifices à bureaux et incluant des aménagements locatifs et diverses clauses escalatoires (taxes, frais de chauffage, etc.). Nous gérons en tout quelque deux cents baux. La charge financière d'environ 18 000 000 $ s'est vue alourdie de 600 000 $ à cause de la taxe fédérale.

Cette gestion implique une concertation continue avec les services de programmation pour valider les quantités d'espaces en relation avec les activités des établissements. Nos efforts portent principalement sur le raffinement des outils de prévision et de contrôle budgétaire et sur une approche plus structurée vis-à-vis les aménagements locatifs.

Les commissions et les comités de la direction

Commission administrative des approvisionnements en commun

Groupe A – établissements anglophones

Groupe B – C.H. universitaires (Université de Montréal)

Groupe C – Regroupement des moyens et petits C.H.

Groupe D – C.A., C.L.S.C., C.S.S.

Commission administrative des immobilisations C.H.

Comité régional de buanderie

Comité d'appréciation des projets d'immobilisations C.A., C.L.S.C., C.S.S.

Des fonds à administrer, des services à subventionner dans un esprit de respect et de contrôle des fonds publics, un support à l'interne

La Direction des finances soutient le Conseil régional et l'ensemble de la région dans le financement de certains programmes spécifiques, grâce aux trois services suivants :

- le service de la comptabilité;
- le service informatique;
- le service de l'analyse et du suivi budgétaire.

Les principaux objectifs en 1990-91 étaient les suivants :

- développer un système d'informations financières informatisé susceptible de fournir des renseignements comptables intégrés et plus facilement accessibles;
- atteindre les objectifs fixés pour l'année 1990-91 dans notre plan directeur informatique de juin 1989;
- compléter la mise en place d'un système informatisé des données financières pour tous les secteurs clientèles de notre réseau et accompagner les professionnels concernés de chaque secteur dans leur démarche de familiarisation avec le traitement, l'analyse et l'interprétation des données financières du réseau.

Ces objectifs prioritaires correspondent aux principaux éléments du plan d'action 1990-91.

LA COMPTABILITÉ

Conformément à notre plan directeur informatique de juin 1989, notre système d'informations financières informatisé devait être réexaminé en 1990-91. Le système utilisé depuis plus de dix ans ne permettait pas d'intégrer l'ensemble des données du Conseil régional. Le traitement informatique était réalisé par une firme extérieure. Après une étude de faisabilité exhaustive, nous avons opté pour l'autonomie du traitement informatique comptable en acquérant un système que d'autres conseils régionaux avaient déjà choisi et que nous avons modifié pour répondre aux exigences de notre organisation. Le nouveau système d'informations financières informatisé est à la fois plus souple et plus accessible. Nous avons acquis un serveur informatique et plusieurs modules comptables (pour les salaires, les comptes à payer, les comptes à recevoir, etc.). Des modifications ont été apportées aux logiciels existants et le processus d'implantation, débuté en septembre 1990, se terminera au printemps 1991. Selon une étude coût-bénéfices, cet investissement devrait s'autofinancer sur une période de cinq ans.

Les états financiers annuels témoignent des résultats obtenus au fonds d'exploitation de même que dans les soixante-dix fonds gérés totalisant 179 000 000 $.

Les variations de l'évolution des fonds gérés s'expliquent comme suit :

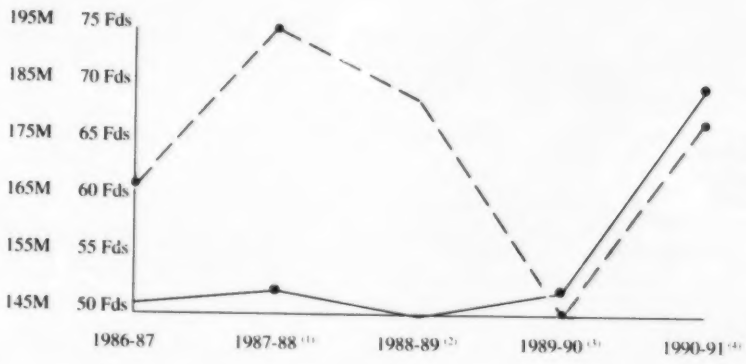
(1) augmentation du fonds de désengorgement des urgences de 8 M$;
augmentation du fonds des immobilisations C.H. de 9 M$;
augmentation des services en C.L.S.C. de 4 M$;
création du fonds de distribution lingerie-literie de 1,6 M$;

(2) diminution du fonds des services en C.L.S.C. de 18 M$;
diminution du fonds de désengorgement des urgences de 5 M$;
augmentation du fonds des urgences-santé de 3,5 M$;
augmentation du fonds des immobilisations C.H. de 2 M$;
augmentation du fonds des locations d'espaces de 2 M$;
augmentation du fonds du service régional de buanderie de 2 M$;
augmentation du fonds des produits biologiques de 1 M$;

(3) création de la Corporation d'Urgences-santé de la région de Montréal métropolitain (44 M$);

(4) accroissement du nombre de fonds gérés provenant essentiellement d'une subdivision des enveloppes antérieures;
principales augmentations :
- mesures d'urgences 13,5 M$
- immobilisations C.H. 9,5 M$
- Loi 160 7,5 M$

Évolution des fonds gérés



— — — *nombre de fonds gérés*

——— *Valeur des fonds gérés*

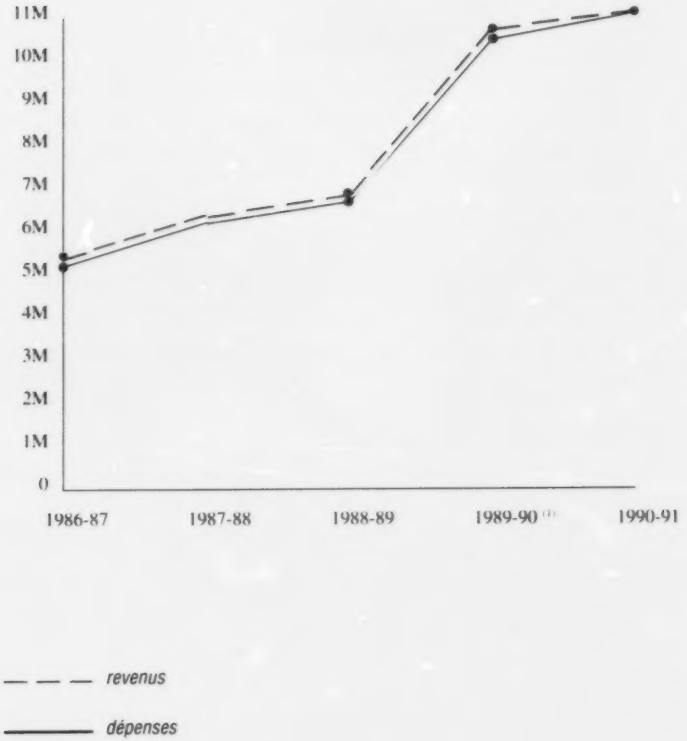
Trois facteurs ont contribué à l'augmentation des fonds d'exploitation depuis 1989-90, notamment :

(1) la contribution des fonds affectés est alors inscrite à l'exploitation pour un montant de 1 167 000 $;

la contribution de l'avoir propre est de 273 000 $;

la facturation des frais partagés par la Corporation d'Urgences-santé est indiquée dans les autres revenus pour un montant de 573 000 $.

Évolution du fonds d'exploitation



L'INFORMATIQUE

Nous avons atteint tous les objectifs de la deuxième année (1990-91) du plan directeur informatique, notamment :

- un programme de formation des usagers et du personnel informatique, des programmes de formation en « Symphony », en « Lotus 1, 2, 3 », en bureautique « Word » de même que des sessions de formation en « Mini-Assyst » et « Progress » pour le personnel du service informatique ont été offerts à plus de cinquante personnes moyennant un déboursé de 18 000 $;
- la dispensation de cours à 55 personnes, la publication d'un journal interne par les membres du « Club Symphony »; ce regroupement de 41 membres donne de l'assitance et de l'entraide au personnel de soutien;
- le remplacement d'équipements désuets tels que deux serveurs, quinze terminaux et trois imprimantes pour une valeur totale de 260 000 $; l'ajout d'équipements, de modules et de logiciels financiers d'une valeur totale de 300 000 $ sur une période de cinq ans, et ce conformément à notre plan directeur;
- l'architecture des données et des systèmes prioritaires a été complétée, notamment les systèmes Info-présences et les systèmes financiers; le système Info-admissions sera complété en octobre 1991; le système « Bottin des ressources pour personnes âgées » est en voie d'être complété; une étude de faisabilité en vue de réécrire le système d'information quotidienne pour la courte durée a été réalisée et l'élargissement du système-clientèle des C.L.S.C. a été entrepris.

La phase de réorganisation du service informatique est terminée. Les investissements majeurs sont faits. Il reste maintenant à consolider le tout de façon à porter la rentabilité à son maximum.

L'ANALYSE ET LE SUIVI BUDGÉTAIRE DU RÉSEAU

Les activités financières de tous les secteurs clientèles du réseau ont été consolidées en 1990-91 dans un système informatisé accessible à tous les professionnels du C.S.S.S.R.M.M.

L'objectif principal visait à décentraliser les données financières auprès des secteurs-clientèles de la Direction de la programmation. Le système informatisé touchant aux données financières et opérationnelles des établissements par centre d'activités a été complété de sorte que l'accessibilité en est assurée.

Au cours du processus de décentralisation, la formation des professionnels a conduit à une meilleure compréhension des données financières et à une interprétation guidée par le service d'analyse et de suivi budgétaire. Ce service à procédé globalement à une soixantaine de travaux de recherche et d'analyse, allant des études financières élaborées dans le cadre de l'allocation des ressources jusqu'à des études plus larges où l'ensemble des ressources financières de la province est en toile de fond.

Le service de l'analyse et du suivi budgétaire fait aujourd'hui fonction de conseiller auprès des utilisateurs et ce rôle a pris de plus en plus d'ampleur à l'interne dans la conduite de dossiers financiers.

La consolidation des activités financières-réseau était indispensable cette année pour amorcer en 1992-1993 la mise en oeuvre des mandats financiers qui nous seront transmis avec l'adoption des modifications législatives prévues.

Les comités de la direction

Comité directeur informatique

Le développement des ressources humaines au Conseil régional et dans le réseau des établissements et des organismes communautaires

Le développement de la personne a été, cette année, l'axe d'intervention principal tant à l'interne qu'à l'externe. Les activités ont été planifiées et réalisées en concertation avec le réseau, qu'il s'agisse des établissements, des cadres, des organismes communautaires, des bénévoles ou encore du M.S.S.S. Ces activités se sont traduites en programmes de perfectionnement, en aide-conseil, en promotion et en interventions de formation reliées aux priorités régionales.

À l'interne, l'implantation du service de développement des ressources humaines n'a pas été réalisée en raison de l'impossibilité d'obtenir les crédits nécessaires à sa mise sur pied. Cependant, la négociation d'un prêt de services de quatre mois avec un établissement du réseau a permis de procéder à l'élaboration d'un projet de politique de formation et à une démarche visant l'implantation d'un plan de développement des ressources humaines.

Activités de formation 1990-91

Type de sessions	Nombre de participants
Logiciel Word	79
Informatique	6
Symphony	38
Français écrit	19
Anglais	67
Perfectionnement des cadres (programme régional)	8
Colloque interne sur les PROS	31

UNE ACTIVITÉ IMPORTANTE À L'INTERNE, LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

En 1990-91, la priorité du service de la gestion des ressources humaines était l'accès à l'égalité dans l'emploi. L'ensemble du système d'emploi a été examiné et révisé afin que les pratiques en usage permettent l'accès à l'emploi aux trois clientèles cibles : les minorités visibles, les minorités ethniques, les personnes présentant un handicap physique ou intellectuel. L'examen de la répartition de nos ressources humaines révèle que 10 % de notre personnel provient de ces trois clientèles cibles.

L'analyse de la structure de postes a été soumise à la Commission des droits de la personne afin d'identifier la disponibilité de main-d'oeuvre par catégorie d'emploi dans les communautés culturelles. Dans l'intervalle, des contacts avec les organismes représentant les communautés culturelles ou les personnes handicapées sont entretenus afin de les informer sur les disponibilités d'emploi.

Le maintien des activités de base a été privilégié, notamment en matière d'embauche, d'accueil et de développement des ressources humaines. Le Conseil régional a d'ailleurs adopté une politique d'appréciation de la performance visant à :

- vérifier et apprécier le niveau de contribution de l'employé pour atteindre les objectifs qu'il s'est fixés;
- assurer la valorisation et la promotion de la personne par le développement de son potentiel.

LA GESTION DE L'ENVIRONNEMENT

Le cadre physique exceptionnel dans lequel nous travaillons présente quelques inconvénients. Tout en devant conserver le cachet centenaire des lieux, nous devons être vigilants et prévoir des mesures de sécurité pour favoriser une qualité de vie au travail.

Le service de la gestion de l'environnement a poursuivi ses activités touchant la sécurité-incendie, particulièrement au chapitre des plans d'évacuation. Parmi ces activités, on note :

- la participation du Conseil régional aux réunions du comité central du plan d'évacuation de la Corporation d'hébergement du Québec;
- les exercices d'évacuation de juin et de décembre 1990 oùauxquels tous les employés ont participé activement;
- les visites des pompiers qui se sont familiarisés avec le bâtiment dans le cadre de leur plan d'attaque;
- les rencontres assidues avec les inspecteurs du Service de prévention des incendies qui nous ont conduits, par ailleurs, à revoir notre façon d'effectuer la collecte du papier recyclé;
- et enfin, la préparation du guide des mesures d'urgence.

Le Conseil régional, soucieux de participer à la protection de l'environnement, a revu sa façon d'effectuer la récupération du papier en mettant sur pied un nouveau système respectant les normes de la sécurité-incendie préconisées par le Service de prévention des incendies de la Ville de Montréal. Le Conseil régional est associé à Récuper Action Marroniers inc. pour la récupération. En six mois, quelque trente-cinq tonnes de papier ont été récupérées, ce qui représente près de 700 arbres.

UNE ACTIVITÉ EXTERNE ET UNE PRÉOCCUPATION MAJEURE : LE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

Le service régional de développement des ressources humaines a tenu sept sessions de perfectionnement pour quelque cent quarante membres de conseils d'administration, touchant entre autres la gestion financière, les ressources humaines, le rôle d'un conseil d'administration.

Dix-sept sessions de perfectionnement auxquelles ont participé 340 personnes ont été organisées à l'intention du personnel d'encadrement intermédiaire. Cette année, quatre sessions ont été offertes en anglais pour le personnel des établissements anglophones.

Personnel du Conseil régional au 9 mars 1991

Direction générale	4
Direction des ressources humaines	23
Direction des finances	41
Direction de la gestion des services réseau	55
Direction de l'information et des relations avec la population	30
Direction de la planification	15
Direction de la programmation	78
Total	**246**

Le développement des ressources humaines : dix ans de partenariat.

Quatre sessions de formation ont réuni une centaine d'employés et de présidents de conseils d'administration d'organismes communautaires. De plus, un programme de neuf sessions a été offert aux organismes communautaires participant au programme de développement de l'emploi. Ce programme a été appliqué dans 29 établissements et a généré une centaine d'inscriptions. Des interventions ponctuelles d'aide-conseil ont été faites auprès de certains organismes et de bénévoles, pour le développement des ressources humaines.

En ce qui a trait aux activités d'aide-conseil et de promotion, deux centres d'appréciation des habiletés de gestion ont été mis sur pied à l'intention des cadres intermédiaires des établissements. En collaboration avec les établissements, trois activités de mise en commun d'expérience novatrice ont été réalisées : il s'agissait de partager avec d'autres établissements une réussite dans le domaine de la gestion et le développement des ressources humaines.

Enfin, le Conseil régional a tenu son 3e colloque annuel sous le thème de la mobilisation des ressources humaines, qui permettait la rencontre de quelque cent personnes préoccupées par la promotion et la qualité de vie en milieu de travail.

LES PRIORITÉS RÉGIONALES

Dans le cadre des priorités régionales, des interventions en développement des ressources ont été effectuées au niveau des établissements de la région, soit :

- la réalisation de trois sessions de formation en santé mentale « intervention en situation de crise »;
- la formation de 31 répondants pour les communautés culturelles au niveau des établissements ciblés; production d'un vidéo à l'intention des membres de conseils d'administration; réalisation d'un programme d'enseignement du français qui a rejoint 400 personnes dans 29 établissements;
- l'organisation de trois séries de session concernant la protection de la jeunesse pour les C.A.R. et les C.S.S.;
- la participation à la mise en place d'un programme d'aide-conseil pour les C.A.R. et conception d'un programme pour les intervenants en C.A.H. et en C.H.S.L.D.;
- les quatre sessions de formation sur les déchets biomédicaux réalisées en vue de l'implantation de la nouvelle politique gouvernementale.

Les comités de la direction

Comité régional de développement des cadres

Les abréviations

A.H.Q.	Association des hôpitaux du Québec
B.S.S.	Bureau de services sociaux
C.A.	Centre d'accueil
C.A.H.	Centre d'accueil d'hébergement
C.A.R.	Centre d'accueil de réadaptation
C.E.C.M.	Commission des écoles catholiques de Montréal
C.H.	Centre hospitalier
C.H.S.C.D.	Centre hospitalier de soins de courte durée
C.H.S.L.D.	Centre hospitalier de soins de longue durée
C.H.V.P.	Centre hospitalier à vocation psychiatrique
C.L.S.C.	Centre local de services communautaires
C.M.D.P.	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
C.C.R.S.S.S.Q.	Conférence des conseils régionaux de la santé et des services sociaux du Québec
C.R.S.S.S.	Conseil régional de la santé et des services sociaux
C.S.S.	Centre de services sociaux
C.S.S.J.F.	Centre de services sociaux juifs à la famille
C.S.S.M.M.	Centre de services sociaux du Montréal métropolitain
C.S.S.T.	Commission de la santé et sécurité au travail
C.S.S.V.M.	Centre de services sociaux Ville-Marie
C.S.S.S.R.M.M.	Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain
C.T.C.U.M.	Commission de transport de la Communauté urbaine de Montréal
C.U.M.	Communauté urbaine de Montréal
C.T.M.S.P.	Classification par types en milieu de soins prolongés
D.S.C.	Département de santé communautaire
M.A.D.	Maintien à domicile
M.E.Q.	Ministère de l'Éducation du Québec
M.S.S.S.	Ministère de la Santé et des Services sociaux
O.P.H.Q.	Office des personnes handicapées du Québec
PROS	Plan régional d'organisation des services
R.A.M.Q.	Régie de l'assurance-maladie du Québec

Les publications du Conseil régional en 1990-1991

ACCESSIBILITÉ

Accès aux services de santé et services sociaux en anglais, publié en collaboration par la Direction de l'information et des relations avec la population et la Direction de la planification, des systèmes et méthodes, décembre 1990 (document d'information, aussi disponible en version anglaise sous le titre : Access to Health and Social Services in English).

Accessibility Plan to Health Services and Social Services for the English-speaking Population of the Montreal Metropolitan Region : extracts from the synthesis-report of June 1989, Direction de la planification, des systèmes et méthodes, décembre 1990.

La loi 142 et vous : services de santé et services sociaux en anglais, région 06A, Montréal métropolitain, Linton Garner, Direction de la planification, des systèmes et méthodes, décembre 1990 (dépliant d'information, aussi disponible en version anglaise sous le titre : Law 142 and You : Health and Social Services in English, region 06A, Metropolitan Montreal).

COMMUNAUTÉS CULTURELLES

Accessibilité des services de réadaptation adaptés aux personnes présentant une déficience intellectuelle issues des communautés culturelles : rapport sur l'état de situation dans les C.A.R. de la région de Montréal métropolitain, Léo Fortin, Direction de la programmation, juillet 1990.

Les besoins de certains groupes ethniques : jeunes en difficulté, alcoolisme et toxicomanies, itinérance : étude exploratoire des tendances pour la région de Montréal (version finale), Christine Veilleux, Direction de la programmation, avril 1990.

CRÉATION D'EMPLOI

Mission en France sur l'intégration des chômeurs de longue durée, Lise Corbin, Direction de la planification, des systèmes et méthodes, septembre 1990.

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

(voir aussi sous la rubrique : soutien à la personne et à sa famille).

Cadre de référence des C.L.S.C. , en regard des personnes ayant une déficience intellectuelle, Francine Champoux-Estaque, Direction de la programmation, février 1991.

EFFECTIFS MÉDICAUX

Problématique du recrutement des médecins omnipraticiens en C.L.S.C. dans la région de Montréal métropolitain, Carole Lécuyer, Direction de la programmation, septembre 1990.

ÉTAT DE SANTÉ

À nous d'y voir... des objectifs de santé et de bien-être pour notre région, Direction de la planification, des systèmes et méthodes, janvier 1991.

Nos objectifs de santé et de bien-être, Direction de l'information et des relations avec la population, avril 1990 (Spécial Info...).

Objectifs de santé et de bien-être pour l'an 2000 : problématiques et moyens d'action proposés, Direction de la planification, des systèmes et méthodes, novembre 1990.
Cahier 1 : Ajouter des années à la vie;
Cahier 2 : Ajouter de la santé à la vie;
Cahier 3 : Ajouter du bien-être à la vie.

Programme de subvention pour des projets d'interventions, d'études et d'analyses en santé communautaire : projets de recherche finalisés et en cours 1984 -1990 : recueil des résumés, Orkia Lefebvre, Direction de la planification, des systèmes et méthodes, octobre 1990.

HÉBERGEMENT ET SOINS DE LONGUE DURÉE

(voir aussi sous la rubrique : répertoires et annuaires).

Analyse et recommandations quant au développement de ressources institutionnelles dans les régions de Montréal et Laval pour 1996, Luc Bordeleau, Direction de la programmation, janvier 1991.

Information sur les demandes d'hébergement, publié en collaboration par la Direction de l'information et des relations avec la population et la Direction de la programmation, mars

1991 (brochure d'information, aussi disponible en version anglaise sous le titre : *Everything You Need to Know about Requests for Accomodation for the Elderly*).

MAINTIEN À DOMICILE

Cadre d'application de l'allocation directe à la personne comme mode de financement de services d'aide à domicile dans le cadre du programme « POSILTPH », Martine Cloutier, Direction de la programmation, mars 1991.

Estimation des besoins en ressources pour développer les services à domicile et consolider les autres programmes et services des C.L.S.C. de la région de Montréal métropolitain et de Laval (version progressive), Carole Lécuyer, Direction de la programmation, juillet 1990 (une synthèse du rapport est aussi disponible).

Méthode de partage, maintien à domicile 1990-1991, Normand Lauzon, Direction de la programmation, juillet 1990.

Programme de services intensifs à domicile pour personnes handicapées, Francine Champoux-Estaque, Direction de la programmation, avril 1990.

Programme de services intensifs à domicile pour personnes handicapées : modalités opérationnelles et administratives, Martine Cloutier, Direction de la programmation, novembre 1990.

PLAN RÉGIONAL D'ORGANISATION DE SERVICES

Plan régional d'organisation de services (PROS) : guide pour la confection d'un plan régional d'organisation de services, Marie-France Pfeiffer, Direction de la version programmation, juillet 1990, version révisée, novembre 1990.

PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ

Le plan de services individualisé : un outil de gestion des services, Karim Andèle, Direction de la programmation, août 1990.

QUALITÉ DES SOINS ET SERVICES

Rapport d'activités 1989-1990 et une rétrospective des plaintes des trois années précédentes, Claude Toupin et al, Direction de l'information et des relations avec la population, décembre 1990.

RÉPERTOIRES ET ANNUAIRES

Annuaire : centres locaux de services communautaires, Île de Montréal, Ile de Laval, Direction de la programmation, février 1991.

Inventaire des résidences privées pour personnes âgées, Thérèse Darche, Direction de la programmation, avril 1991.

Répertoire des établissements publics et privés de santé et de services sociaux de Montréal et Laval, Direction de l'information et des relations avec la population, octobre 1990.

Répertoire des ressources pour l'accueil des personnes aux prises avec la violence : régions de Montréal et Laval (2e édition), Louise Gagné et Michelyne Lévesque, Direction de l'information et des relations avec la population, novembre 1990.

Répertoire régional des services et ressources en documentation, régions de Montréal et Laval (2e édition), Direction de l'information et des relations avec la population, Équipe régionale en documentation, juin 1990.

Supplément : inventaire des ressources communautaires pour personnes âgées, régions de Montréal et Laval, Luc Bordeleau et Thérèse Darche, Direction de la programmation, mai 1990.

SANTÉ MENTALE

Dossier santé mentale, Direction de l'information et des relations avec la population, septembre 1990 (Spécial Info...).

Inventaire des programmes de traitement spécialisé long terme offerts en C.H.V.P., en C.A.H., en C.S.S. (document de travail), Monick Coupal, Direction de la programmation, avril 1990.

Plan d'organisation des services de santé mentale de la région de Montréal métropolitain (1990-1995), Direction de la programmation, juin 1990.

Plan d'organisation des services de santé mentale de la région de Montréal métropolitain : sommaire des mémoires soumis lors de la consultation, Direction de la programmation, juin 1990.

Rapport de consultation : plan d'organisation des services de santé mentale, Marie Déquier, Direction de l'information et des relations avec la population, août 1990.

SECTORISATION

Délimitation des territoires de C.L.S.C. des régions de Montréal et Laval : identification des codes postaux, Cartographie I.N.R.S.-Urbanisation et Direction de l'information et des relations avec la population, 1990. (carte géographique, 45 x 60 cm).

Répertoire cartographique des territoires de C.L.S.C., régions de Montréal et de Laval, Direction de l'information et des relations avec la population, mai 1990.

SERVICES ALIMENTAIRES

Pour un programme-cadre de soutien et de développement des services alimentaires bénévoles pour la région de Montréal métropolitain : analyse de la situation actuelle, Daniel Thomas, Direction de la programmation, mai 1990.

Programme-cadre de soutien et de développement des services alimentaires bénévoles pour la région de Montréal métropolitain, Daniel Thomas, Direction de la programmation, octobre 1990 (un résumé est aussi disponible).

SERVICES SOCIAUX

Admission des adultes ou des personnes âgées en familles d'accueils accréditées par les C.S.S. de la région de Montréal métropolitain, André Trépanier, Direction de la programmation, janvier 1991.

Les centres de services sociaux de la région de Montréal métropolitain : clientèles, problématiques et services. Volet I : enfance, Christiane Drabbe, Direction de la programmation, novembre 1990.

Les centres de services sociaux de la région de Montréal métropolitain : clientèles, problématiques et services. Volet II : adultes, André Trépanier, Direction de la programmation. novembre 1990.

Les centres de services sociaux de la région de Montréal métropolitain : clientèles, problématiques et services. Volet III : personnes âgées, Christiane Drabbe, Direction de la programmation, novembre et décembre 1990.

Les centres de services sociaux de la région de Montréal métropolitain : organigrammes, André Trépanier, Direction de la programmation, novembre et décembre 1990.

Ressources intermédiaires financées en tout ou en partie par les centres de services sociaux de la région de Montréal métropolitain : état de situation, André Trépanier, Direction de la programmation, février 1991.

SIDA

Session de formation sur le sida à l'intention du personnel du programme de maintien à domicile des C.L.S.C. : dossier du participant, Francine Champoux-Estaque et Louise Brassard, Direction de la programmation et Direction des ressources humaines, septembre 1990 et janvier 1991.

SOINS DE COURTE DURÉE

Étude sur les alternatives à l'hospitalisation, Louise Roussel et Pierrette Rolland, Direction de la programmation, juin 1990 (un rapport synthèse est aussi disponible).

SOUTIEN À LA PERSONNE ET À SA FAMILLE

Politique de soutien aux familles de personnes présentant des incapacités, Direction de la programmation, mai 1990.

Programme Répit-Dépannage pour les familles de personnes ayant une déficience intellectuelle, Ginette Morin, Direction de la programmation, octobre 1990 (brochure d'information).

Programme Transport et hébergement pour les personnes handicapées, Lina Lemaître-Auger, Direction de la programmation, octobre 1990 (brochure d'information).

TOXICOMANIES

Position régionale de la commission administrative en alcoolisme et autres toxicomanies suite aux recommandations du Groupe de travail sur la lutte contre la drogue (rapport Bertrand), Louise Boulianne et al, Direction de la programmation, mars 1991.